PARIJS

FACULTE DE MEDECINE XAVIER-BICHAT

159

T H E S E

Année 1973 Nº

POUR LE

D O C T O R A T E N M E D E C I N E

(Diplôme d'Etat)

PAR

DREAN Michelle, Lucienne
née le 1er Juin 1937 - à PARIS 14º

Présentée et soutenue publiquement le :

DE QUELQUES INCIDENCES PSYCHIATRIQUES dans les TRAUMATISMES CRANIO-CEREBRAUX

Président: Mr. CAMBIER, Professeur

Copies Le Peletier
31, rue Le Peletier
75009 - PARIS

FACULTE DE MEDECINE XAVIER-BICHAT

T H E S E

Année 1973 Nº

POUR LE

D O C T O R A T E N M E D E C I N E

(Diplôme d'Etat)

PAR

DREAN Michelle, Lucienne

née le 1er Juin 1937 - à PARIS 14º

Présentée et soutenue publiquement le :

DE QUELQUES INCIDENCES PSYCHIATRIQUES dans les TRAUMATISMES CRANIO-CEREBRAUX

Président: Mr. CAMBIER, Professeur

Copies Le Peletier
31, rue Le Peletier
75009 - PARIS

UNIV.
LEIDEN
BIBL.

A Monsieur le Professeur CAMBIER

Médecin Chef du Service de
Neurologie de l'Hôpital BEAUJON

Médecin des Hôpitaux de PARIS

Professeur de Clinique Neurologique
à la Faculté XAVIER-BICHAT

Qui nous a fait le grand honneur d'accepter la présidence du jury de cette thèse.

En hommage respectueux

A MESSIEURS LES MEMBRES DU JURY
DE CETTE THESE

Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41544710_0031

A Monsieur le Docteur M. COTTIN

Psychiatre des Hôpitaux
Expert près les Tribunaux
Médecin-Chef du Centre de
Psychothérapie de MELUN

Qui nous a proposé ce sujet et nous a guidé dans sa réalisation.

Avec l'expression de notre vive reconnaissance.

A Madame le Docteur E. KŒCHLIN-FOUREAU

Médecin des Hôpitaux Psychiatriques
Ancien Interne des Hôpitaux Psychiatriques de la Seine
Médecin-Chef à l'Hôpital CHARCOT

A Monsieur le Docteur P. KŒCHLIN

Médecin des Hôpitaux Psychiatriques
Ancien Interne des Hôpitaux Psychiatriques de la Seine
Médecin-Chef à l'Hôpital CHARCOT

Qui nous ont permis de nous enrichir grâce à leur grande expérience.

Nous les remercions de nous avoir accueilli dans leur Service.

DE QUELQUES INCIDENCES PSYCHIATRIQUES

dans les

TRAUMATISMES CRANIO-CEREBRAUX

INTRODUCTION

I - GENERALITES : LES CONDITIONS D'INTERET

II - CLASSIFICATION de BOWMAN et BLAU

1) Troubles mentaux post-traumatiques primaires

2) Troubles mentaux secondaires

III - CLASSIFICATION de DAVIDOFF et HOCH

1) Le stade aigu

2) Le type subaigu

3) Les états chroniques

4) Type mixte

L'ETAT du PROBLEME

Les aspects psychiatriques de la maladie traùùatique cérébrale.

I - LES TROUBLES DE LA CONSCIENCE DE LA PERIODE INITIALE - COMPLICATIONS DE LA CONFUSION MENTALE.

1) Le syndrome de KORSAKOW

2) Les amnésies post-traumatiques

II - LES ETATS AIGUS OU SUBAIGUS RETARDES

III - LES TROUBLES SECONDAIRES ET LES SEQUELLES

A) La détérioration mentale : confusion et démence

Les modalités évolutives

B) La réaction psycho-biologique : syndromes subjectifs et névroses traumatiques

C) Traumatisme et personnalité : problème de la décompensation des états psycho-névrotiques latents

D) L'interférence des désorganisations focales

LES DEMENCES TRAUMATIQUES

I - LES ETATS DEFICITAIRES SIMPLES NON DEMENTIELS

a) étude clinique

b) évolution et formes cliniques

II - LES DEMENCES TRAUMATIQUES VRAIES

a) étiologie et problèmes nosographiques

b) clinique

c) évolution

d) formes cliniques

LES ETATS NEVROPATHIQUES POST-TRAUMATIQUES

I - HISTORIQUE

II - LE SYNDROME SUBJECTIF DES TRAUMATISES CRANIENS

I) La clinique

2) Examens complémentaires et para-cliniques

3) Evolution

4) Epidémiologie - pathogénie

5) Regroupement des approches théoriques

6) Conclusions

III - LES ETATS NEVROTIQUES POST-TRAUMATIQUES OU LES NEVROSES TRAUMATIQUES

I) Descriptions cliniques

II) Problèmes Théoriques

OBSERVATIONS

I - ETATS DEFICITAIRES - DEMENCE TRAUMATIQUE VRAIE

II - PROBLEMES DE LA DECOMPENSATION DES ETATS PSYCHO-NEVROTIQUES LATENTS

a) Incidence dans les psychoses

b) Les personnalités psychopathiques

c) Les névroses

CONCLUSIONS

INTRODUCTION

I) - GENERALITES - Les conditions d'intérêt -

L'intérêt porté aux traumatismes crâniens a été primitivement suscité par la fréquence des guerres, puis, secondairement accru par la fréquence des blessures de la tête dans la pratique civile notamment les accidents de la voie publique.

De nombreux travaux ont été consacrés aux troubles mentaux consécutifs aux traumatismes crânio-cérébraux, en raison, surtout, de leur énorme importance juridique ou administrative (dommages, pensions, invalidité, etc...). Ces travaux ont eu particulièrement pour objet les blessures de guerre et ont été publiés durant et après les deux dernières guerres mondiales. Les problèmes cliniques et d'expertise civile qu'ils posent en matière d'accident du travail et d'accident de la circulation, sont, pour ainsi dire, constants dans la pratique psychiatrique.

La genèse des troubles post-traumatiques est complexe (contusion - commotion - émotion etc...).

Fonction des dégâts propres aux traumatismes - difficiles à apprécier - fonction de l'état organique du cerveau traumatisé et de la personnalité brusquement plongée dans la situation traumatique - les conséquences des traumatismes crâniens telles que nous pouvons les observer sont d'une complexité très grande. Il n'en est de preuve que la difficulté des problèmes qu'ils posent au Médecin expert qui se doit d'apprécier, dans chaque cas, ce qui relève de l'atteinte cérébrale traumatique et ce qui est imputable à la personnalité propre du sujet.

De plus, le traumatisme réduit la capacité de l'individu

et le déclasse au moins transitoirement; il modifie ainsi les rapports établis entre le sujet et la Société.

Ajoutons à cela la difficulté qu'il y a à établir des frontières nettement tracées, bien que cela soit exclu du sujet que nous voulons traiter, entre état aigu et subaigu, entre confusion mentale et démence, voire même à distinguer de la commotion globale certaines désorganisations focales, à relier les déficits organiques à la symptomatologie subjective et l'on comprendra que la clinique des troubles mentaux post-traumatiques et ses variations par rapport au traumatisme se prête mal à un exposé systématique.

Donnons cependant comme référence historique les deux classifications établies, dans un souci de systématisation des troubles post-traumatiques, qui sont des classifications de BOWMAN et BLAU, d'une part, et de DAVIDOFF et HOCH, d'autre part.

II)- CLASSIFICATION DE BOWMAN ET BLAU -

Iº) TROUBLES MENTAUX POST-TRAUMATIQUES PRIMAIRES -

Ce sont les troubles dont l'apparition est liée directement au traumatisme crânien. Le traumatisme en est la cause primaire et ils ne sont l'objet de notre sujet que dans leur phase chronique séquellaire.

A) La phase aigue est représentée

- soit par un syndrome confusionnel

- soit par un coma traumatique et elle est du domaine de l'observation en milieu neurologique spécialisé et relève éventuellement de la neuro-chirurgie.

B) La phase subaigue a également été décrite. On parle, à ce stade, en raison de l'analogie séméiologique

- de "délirium" traumatique

- de "Korsakow" traumatique

D'autres types peuvent se voir :

- stupeur

- syndrome apathique

- états crépusculaires

- états mixtes

C) La phase chronique où se voient :

a) Désordres de la personnalité

qui sont de type variable, faisant intervenir dans leur causalité uniquement le traumatisme, et altérant la dynamique personnelle du sujet plongé brusquement dans la maladie traumatique. Nous en donnerons des exemples à partir d'observations cliniques.

b) Etats déficitaires post-traumatiques, qui sont :

Iº) soit spécifiques et du ressort neurologique, tels qu'une aphasie, une alexie, une amnésie.

2º) soit généralisés et fonction de la personnalité antérieure.

D) Types Mixtes

"Punch Drunk" des boxeurs

avec désordres convulsifs post-traumatiques.

Par opposition aux Troubles mentaux primaires, existent dans la classification de BOWMAN et BLAU, des :

2º) TROUBLES MENTAUX SECONDAIRES au traumatisme.

BOWMAN et BLAU distinguent dans les troubles mentaux secondaires :

A) Les psycho-névroses avec traumatisme crânien

Ce sont les syndromes subjectifs des traumatisés crâniens ainsi que la simulation entretenue, plus ou moins consciemment, et qui se voient surtout chez les traumatisés de structure hystérique.

Le traumatisme peut alors inconsciemment permettre l'expression avec, dans les cas extrèmes, une hystérie de conversion, de fantasmes jusqu'alors déplacés ou refoulés par tout un système de mécanismes de défense.

B) Les Psychoses survenant sur un terrain syphilitique, athéroscléreux ou avec appoint éthylique.

C) Déficience mentale avec traumatisme crânien.

On peut avoir association de troubles mentaux préexistants au traumatisme, et de troubles liés au traumatisme.

Le traumatisme peut être un élément déclenchant faisant évoluer ou aggravant les troubles initiaux, indépendants au traumatisme considéré. Là se situe le sujet que nous avons voulu retenir comme l'essentiel de notre étude, en l'illustrant plus loin d'exemples cliniques et en nous posant les questions sous les angles suivants :

- Quelle était la personnalité pré-traumatique ?
- Quel rôle a eu le traumatisme ?
- Quelles sont les séquelles observées ?
- Quelle est la personnalité post-traumatique ainsi modifiée ?

Autre classification que nous citons également dans une optique historique, et qu'au lieu de classer les troubles mentaux par rapport au traumatisme préexistant à celui-ci, ou comme conséquences, repose sur la classification des troubles en trois stades.

III) - CLASSIFICATION DE DAVIDOFF ET HOCH -

Elle laisse voir le lien qu'il y a entre les symptomes et leur rapport avec la personnalité.

I) Le stade aigu

Phase d'attente ou phase d'observation en milieu neuro-chirurgical, avec éventualité d'une thérapeutique chirurgicale ou de réanimation.

2) Le type subaigu ou "KORSAKOW traumatique"

3) Les Etats chroniques

Phase de séquelles et phase où nous sont confiés les malades en milieu hospitalier. C'est l'observation en milieu psychiatrique qui fournira les exemples inclus dans notre texte.

Existent :

a) une détérioration mentale post-traumatique où prédominent les facteurs organiques et où la personnalité antérieure ne joue qu'un rôle relativement mineur dans la symptomatologie.

b) des désordres post-traumatiques de la personnalité

qui est plus exactement le sujet de notre étude, où le rôle de la personnalité antérieure est un facteur déterminant relativement plus important.

On décrit dans les désordres post-traumatiques :

- Une forme légère avec modification vaso-motrice, manque de concentration, instabilité émotive, instabilité.

- Une forme grave avec délire, hallucinations, comportement associal ou subsocial.

c) Le type combiné - association d'une détérioration mentale liée à l'organicité, et de désordres de type variable post-

traumatique de la personnalité.

d) Névrose post-traumatique.

4) Type Mixte

Mélange de signes appartenant à la phase subaigue et à la phase chronique.

Avant de nous engager plus avant dans le texte et d'annoncer le plan que nous tenterons d'ébaucher et de suivre, disons que, bien évidemment, les descriptions de la symptomatologie ou les remarques générales que nous dégagerons ne concernent que les aspects psychiatriques, à l'exclusion des aspects "neurologiques", en particulier des troubles de la conscience qui imposent, soit une thérapeutique neuro-chirurgicale ou des techniques dites de "réanimation".

Nous tenterons d'abord de situer les aspects psychiatriques de la maladie cérébrale, et nous analyserons l'un de ses aspects sur lequel est centrée notre étude : la décompensation traumatique des états psycho-névrotiques latents, tout en ne négligeant pas les principaux autres tableaux tels que les états démentiels qui posent aussi les problèmes de la personnalité post-traumatique, et en laissant plus dans l'ombre la confusion mentale et les troubles secondaires aux lésions focales.

Puis nous essaierons de conclure en donnant quelques remarques générales sur les réflexions inspirées par les observations prises pour illustrer notre sujet élargi à "traumatisme crânien et personnalité", en sachant d'emblée que ce sujet reste ouvert à toutes les hypothèses car est-il possible vraiment de cerner "le moi du traumatisé cérébral".

Restent, non traités, et nous ne ferons que les mentionner

dans notre conclusion, les grandes lignes du traitement des troubles mentaux des traumatisés crâniens dans leur phase de décompensation. La thérapeutique doit avoir une incidence sociale et tenir compte du potentiel de réhabilitation sociale du traumatisé.

Il reste à évoquer, pour être complet, les problèmes médico-légaux et les difficultés d'expertise des traumatisés crâniens cérébraux.

L'ETAT DU PROBLEME

LES ASPECTS PSYCHIATRIQUES DE LA MALADIE TRAUMATIQUE CEREBRALE

I) - LES TROUBLES DE LA CONSCIENCE DE LA PERIODE INITIALE -

Ces troubles sont toujours à rechercher par l'interrogatoire.

Nous en avons déjà dit un mot à propos des essais de classification de BAUWMAN et BLAU et de DAVIDOFF et HOCH.

C'est une période beaucoup plus neuro-chirurgicale que psychiatrique. Elle permet cependant d'établir une série de données pronostiques qui peuvent être utiles à une plus exacte appréciation des séquelles.

SYMONDS distingue de façon purement clinique, trois degrés de commotion cérébrale :

- un premier degré sans perte de conscience véritable mais où l'on peut observer un état crépusculaire et une amnésie secondaire complète.

- un deuxième degré avec une perte de connaissance de plus de cinq minutes, mais avec un retour à une lucidité totale en moins de trois heures.

- un troisième degré où la récupération de la conscience ne commence que dans les 2 à 3 heures qui suivent l'accident.

Dans le premier degré, l'absence totale de séquelles serait de règle.

Dans la forme sévère, la mortalité s'élèverait à 20 %.

La confusion mentale, dans sa forme stuporeuse ou agitée, est au centre du syndrome de la période initiale. Ses limites avec

le coma vigil sont difficiles à situer. Son déterminisme est complexe, fonction du terrain, ceci en particulier chez l'éthylique. La personnalité est au centre de la confusion et la colore. Le rôle de l'émotion dans son déclenchement a donné lieu à de nombreuses discussions : l'émotion pouvant avoir une valeur d'appoint dans l'apparition de la confusion ou être au premier plan.

La confusion mentale aigue post-traumatique peut être grave rapidement dans son évolution. L'association d'un alcoolisme chronique doit faire redouter l'évolution vers un délirium tremens, mais une évolution analogue peut être observée dans le cadre de la maladie traumatique proprement dite, réalisant "le tableau de l'Encéphalite aigue de MARCHAND".

Après un temps variable, il y a régression de l'état confusionnel qui laisse, après lui, une amnésie lacunaire plus ou moins complète.

L'évolution du syndrome confusionnel et l'ampleur des séquelles qui subsisteront ne sont pas en rapport direct avec la violence du traumatisme, ni avec la gravité du trouble initial de la conscience. "Le terrain cérébral", pour reprendre l'expression d'ANGELERGUES et d'AUDISIO, en dehors même des antécédents toxiques ou psychopathiques, semble jouer un rôle important dans l'évolution. Dans certains cas, l'évolution est défavorable et se fait vers une détérioration démentielle progressive avec une frontière difficile à tracer entre confusion et démence, comme nous l'avons déjà laissé entendre et comme nous le redirons.

Au cours de l'évolution, certaines complications peuvent survenir :

I) Le"syndrome de KORSAKOW traumatique" survient assez précocément dès que les éléments confusionnels aigus s'estompent. On voit alors apparaître la triade classique : amnésie de fixation, fabulation, fausses reconnaissances (KRAEPELIN - BENON). La guérison est presque toujours de règle. Dans les formes d'apparition plus tardives, on peut noter des formes d'apparition qui s'aggravent progressivement. Il est possible qu'alors interviennent d'autres facteurs étiologiques, en particulier, un appoint éthylique.

2) Les Amnésies post-traumatiques. Elles sont très bien étudiées dans le livre de RIBOT sur "les Maladies de la Mémoire" (I88I) et elles affectent divers types allant de la forme commune aux Amnésies systématisées (amnésies des lieux, de la profession, d'une langue étrangère, etc...) L'amnésie globale avec oubli de sa propre identité et abolition totale des souvenirs est rarement réalisée. La littérature en fournit peut-être plus d'exemples que la clinique. Nous faisons allusion à un exemple bien connu : le personnage de SIEGFRIED qui appartient au théâtre de J. GIRAUDOUX.

II) - LES ETATS AIGUS OU SUBAIGUS RETARDES -

Sous ce terme, nous désignons les troubles mentaux survenant après un intervalle libre ou intervalle lucide. La modification de l'état mental prend alors une valeur diagnostique et pronostique considérable, car elle est souvent le premier et quelquefois le seul signe indiquant une complication correspondant à la constitution d'une collection de sang intracrânienne.

Cette modification de l'état mental pourra orienter vers une thérapeutique neuro-chirurgicale, si l'intervalle libre ou lucide est court - de l'ordre de quelques heures - et si

l'altération de l'état mental est rapide, c'est alors aux hématomes extraduraux qu'il faut penser.

Si l'intervalle libre est long - de trois semaines à deux mois en moyenne après le traumatisme - et qu'à lui s'ajoute l'installation insidieuse de troubles mentaux, il faut craindre un hématome sous-dural.

L'obstusion progressive de la conscience est la modification caractéristique de l'état mental. La torpeur, la somnolence qui surviennent de façon retardée par rapport au traumatisme et qui s'installent de façon progressive et insidieuse, doivent attirer l'attention.

L'examen neurologique peut être négatif ou ne montrer que des signes discrets, de toutes façons, cette altération de l'état de conscience indique qu'il faut, avant toute chose, envisager des examens complémentaires et un transport d'urgence en milieu neurochirurgical. Ce qui est primordial, c'est la notion d'intervalle libre entre le traumatisme et l'apparition des troubles mentaux.

III) - LES TROUBLES SECONDAIRES ET LES SEQUELLES -

Comme nous l'avons déjà dit dans les GENERALITES, la systématisation est difficile aussi bien en ce qui concerne les tableaux cliniques et leur évolution.

Redisons la complexité et le polymorphisme de la maladie cérébrale traumatique, fonction des grandes variétés lésionnelles et fonction aussi de la personnalité du traumatisé.

Le déroulement "de la maladie traumatique cérébrale", terme que nous empruntons à R. ANGELERGUES et à M. AUDISIO, peut s'ordonner suivant quelques "axes principaux". Ces "axes principaux"

ne représentent d'ailleurs que quelques lignes évolutives principales car la maladie traumatique conserve toujours sa complexité, liée à la dynamique propre de la personnalité du traumatisé, quel qu'en soit l'aspect clinique prévalent.

A) La détérioration mentale : confusion et démence.

La confusion mentale constitue le noyau des états déficitaires post-traumatiques. Elle va donner sa qualité à la démence désignée souvent et considérée comme "une démence confusionnelle".

On peut distinguer deux modalités évolutives :

- dans la première l'état confusionnel tend à se dégager de la viscosité propre à la dynamique confusionnelle, pour se centrer sur les troubles mnésiques et la désorientation temporo-spatiale, alors que les capacités d'activités, adaptées, de jugement, de pensée, sont suffisamment conservées pour échapper aux servitudes trop immédiates de l'ensemble du cadre temporo-spatial. On a pu parler ainsi de réalisation d'un état confusionnel subaigu ou chronique "structure Korsakowienne",état discuté par certains auteurs qui en contestent l'existence.

- dans la seconde évolution possible, à la viscosité et à l'engluement propre à la dynamique confusionnelle, il y a addition progressive de l'appauvrissement démentiel, avec perte de jugement, perte de la capacité d'abstraction.

A ces signes mentaux peuvent être associés des déficits neurologiques déficitaires liés à l'existence de lésions traumatiques en foyer.

Tel est le tableau de ma "démence organique" caractéristique de l'état démentiel d'origine traumatique.

Même si nous voyons combien peut être difficile à tracer la frontière, souvent imprécise, entre ces deux états, nous envisagerons, pour clarifier les problèmes, la démence et la confusion post-traumatique comme deux entités distinctes.

B) La réaction psycho-biologique : syndromes subjectifs et névroses traumatiques.

Cet aspect de la maladie cérébrale traumatique est profondément différent de l'aspect précédent, même si une interférence est possible.

Observée très souvent après des traumatismes considérés comme bénins, pouvant être entretenus par un dysfonctionnement organique, lui aussi bénin - altération vestibulaire par exemple - cette réaction traduite par des syndromes atypiques, peut être considérée comme la réaction globale de la personnalité à la situation créée par le traumatisme. Ces syndromes peuvent être compris comme un mode pathologique de réadaptation de la personnalité du traumatisé. Ils sont très fréquents, en marge très souvent de l'observation en milieu psychiatrique, et ils représentent une grande catégorie de malades qui, en exprimant d'une façon somatique imprécise leur demande à composante angoissante majeure, pose un problème d'une très grande complexité. Sont en cause, là, le contexte psycho-social, socio-économique, socio-affectif et, pourrait-on dire le "moi du traumatisé" et son environnement.

Evoluant vers une chronicité qui tend à réduire les possibilités thérapeutiques, ne pourrait-on pas penser qu'il faudrait essayer, au cours de certains traumatismes bénins fermés, de prévenir les symptomes pour éviter cette déviation pathologique de la

réadaptation du traumatisé. Ces troubles post-traumatiques sont entretenus, semble-t-il, par la multiplication des procédures administratives souvent longues et par la demande intempestive d'examens médicaux.

De plus en plus on a tendance à grouper ces troubles que nous développerons plus tard en parlant des états névropathiques post-traumatiques, sous le terme unique de "Névroses traumatiques". C'est là un terme plein d'ambiguïté qui peut être accepté comme qualificatif d'un état mental nouveau, imputable entièrement au traumatisme qui a modifié la personnalité; mais, d'un point de vue théorique, ce terme peut être compris par certains et limité au sens d'un état hystérique, voire d'une simple simulation "d'une sinistrose", sans parler de ce que ce terme peut représenter pour l'école psychanalytique.

Quels que soient les tableaux cliniques observés et quelle qu'en puisse être la signification psychologique, il semble plus clair de regrouper, dans ce chapître intitulé "La réaction psycho-biologique", tout ce qui peut appartenir au domaine de la Névrose, pris au sens large du terme.

C) Traumatisme et personnalité - Problème de la décompensation des états psycho-névrotiques latents -

Les névroses traumatiques montrent l'investissement dans la maladie traumatique de toute la personnalité du sujet. Le traumatisme est alors investi dans l'ensemble de la dynamique personnelle : il va lui conférer un sens, lui donner une valeur susceptible de poser, en termes nouveaux, les problèmes de la personne et de son devenir.

Ainsi, simple péripétie dans une évolution complexe, le traumatisme crânien ne va pas moins imprimer à cette évolution un cours nouveau. L'intrication traumatisme-personnalité est ici telle, qu'elle résiste aux dissections des analyses les plus subtiles.

Moins complexe est seulement en apparence le problème de la complication par un traumatisme crânien d'un état psychopathique antérieur, fut-il apparent ou latent. Il paraît, en tous cas, certain que seule l'existence d'un tel état psychomatique peut imprimer à la maladie traumatique certaines modalités évolutives particulières, que ce soit à la phase aigue ou a la plase des séquelles. Il en est de même d'un certain fond caractérologique à la limite du pathologique.

Ainsi pourraient être expliqués les états d'excitation maniaque, les dépressions mélancoliques, l'asthéno-manie post-traumatique décrite par BENON. Les idées fixes post-oniriques, les psychoses délirantes dont le fléchissement traumatique de la conscience pourrait représenter le moment fécond, paraîssent ressortir à une telle détermination.

Le prócéssys paraît également complexe dans la pseudo-paralysie générale, la pseudo-démence précoce traumatique ainsi que dans diverses formes psychosiques d'ailleurs très rares.

D) L'interférence des désorganisations focales -

Nous ne nous étendrons pas sur ce problème pour ne pas nous éloigner trop de notre sujet. Peut-être faut-il quand même dire que n'importe quelle lésion focale va aggraver le déficit dû à l'action générale dutraumatisme et peut, par ses effets, avoir un retentissement psychique de nature à altérer le comportement du sujet.

LES DEMENCES TRAUMATIQUES

Les démences traumatiques individualisées de la confusion mentale peuvent, dans la pratique clinique, répondre à deux types fondamentaux de séquelles.

Ces séquelles peuvent se scinder en deux groupes :

- d'une part, les états déficitaires discrets dont le rattachement nosographique est toujours discuté.
- d'autre part, les états démentiels proprement dits.

I) - LES ETATS DEFICITAIRES SIMPLES NON DEMENTIELS -

Ils auraient une fréquence assez grande, mais leur origine reste imprécise et marginale. Certains auteurs rattachent ces états déficitaires, soit à la confusion, voire même à des états névropathiques post-traumatiques.

a) Etude clinique - Le tableau clinique se situe au niveau de l'altération du rendement social ainsi que des troubles de l'humeur et du caractère dont l'apparition coïncide avec la notion d'un traumatisme crânien antérieur et relativement récent.

Pour nous résumer, le tableau clinique de ce que nous appellerons les états déficitaires non démentiels simples est composé finalement de lenteur, de brady-psychie, de brady-kinésie, d'apathie, d'indifférence, de troubles de la mémoire et de l'attention.

Les erreurs de jugement et le défaut de synthèse intellectuelle ne font que compléter le tableau précédent.

Les tests psychologiques prouvent également l'existence de l'origine déficitaire des troubles qui ont été retrouvés

cliniquement.

Les tests psychométriques sont essentiels et notamment l'échelle psychométrique de WECHSLER-BELLEVUE. C 'est ainsi que les tests montrent une conservation habituelle du niveau aux épreuves de performance non verbales contrastant avec la chute évidente du niveau des épreuves verbales.

Il y a inadaptabilité du sujet aux modifications du milieu - dont il n'aura pas suivi le rythme - et une réponse aux modifications par une conduite de plus en plus persévératrice et inadaptée.

Ces situations frustrantes déclenchent une angoisse à laquelle le malade réagit par une tendance à l'inhibition totale et une rupture brutale avec le milieu extérieur.

La clinique montre donc un tableau typique de détérioration intellectuelle, appuyée par les tests psychométriques, tableau qui est à la limite de la démence vraie.

b) Evolution et formes cliniques - Il peut y avoir cristallisation au niveau de la détérioration simple ou bien évolution.

REY a bien montré que ces malades détériorés sont "rendus infirmes" dans la mesure où ils sont quasiment incapables de nouvelles acquisitions, de nouveaux apprentissages.

Ces malades ont d'ailleurs partiellement conscience de leurs échecs et même de leur déchéance, d'où l'incidence sociale de cette constatation dans l'optique d'une réadaptation professionnelle dans la mesure où elle reste possible. Il y aurait sans doute là l'explication de l'apparition, assez souvent

habituelle, des troubles de l'humeur et du caractère; ces troubles dépassent la simple irritabilité émotionnelle d'un malade qui se voit diminué face à son entourage, pour que l'on puisse parler de dysrégulation de l'humeur où alternent l'pathie indifférente et des explosions coléreuses.

A la dysrégulation de l'humeur viendrait s'ajouter, pourrait-on dire, une hypermétrie affective, sorte de caricature par excès des tendances affectives antérieures.

A partir des modifications de l'humeur et du caractère, de nombreuses formes cliniques ont pu être décrites. Exceptionnels seraient, bien que souvent notés, les tableaux pseudo-maniaques, vaguement évocateurs de syndromes moriatiques.

Le plus souvent, le malade déficitaire post-traumatique est qu'lqu'un chez qui dominent l'apathie, l'indifférence, avec des phases d'irritabilité.

Pour justifier les nombreuses formes cliniques décrites et, dans une approche explicative de leurs mécanismes, plusieurs théories ont pu être ébauchées.

Les manifestations cliniques déficitaires, dans leur expression clinique propre, seraient dues à la personnalité antérieure du traumatisé crânien. Mais, inversement par opposition à l'idée précédente, on a pu dire que ce qui ferait l'unité clinique des tableaux déficitaires ce serait la notion même de "terrain déficitaire" qui va imprimer à l'ensemble de la personnalité des traits qui lui sont propres.

Comme nous l'avons dit en envisageant au début de ce chapître l'évolution du syndrome déficitaire post-traumatique

discret, où il y avait évolution cristallisée à ce niveau, ou bien il pouvait y avoir évolution vers un état démentiel traumatique vrai, ce qui nous amène au deuxième point annoncé.

II) - LES DEMENCES TRAUMATIQUES VRAIES -

a) Etiologie et problèmes posographiques.

Isolée en I899 par CHRISTIAN, DUBUISSON et KOPPEN, la démence traumatique vraie a donné lieu, quant à son étiologie, à diverses hypothèses. Certains auteurs, tels que PFEIFFER, POPPEHEUTER, HORN, de AJURIAGUERRA, HECAEN, etc... sont pour l'existence d'un syndrome démentiel vrai, issu réellement du traumatisme.

D'autres auteurs - nous avons déjà remarqué souvent la dualité à partir de la nosographie des thèses - en particulier SYMONDS, pensent que le traumatisme ne survient guère que comme élément révélateur ou accélérateur d'un processus de détérioration préexistant.

Récemment CREMIEUX, ALLIEZ et ROGER, à partir d'une statistique personnelle ont précisé certains points. La violence du traumatisme causal, sans être une notion indispensable, serait peut-être plus spécialement à l'origine d'une évolution péjorative où se succéderaient confusion, détérioration et démence, sans intervalle libre.

Mais il paraît un peu vain de vouloir chiffrer une telle évolution et de la rattacher à un type précis de traumatisme crânien; quant à la notion même d'intervalle libre, elle semble, elle aussi, sujet à discussion, moins rare qu'on ne semble vouloir le dire et il n'y a pas de caractères cliniques vraiment

propres à cette forme de démence traumatique vraie. Il faut citer la fréquence d'une atrophie corticale, comme le montrerait une encéphalographie cérébrale gazeuse, atrophie corcito-sous-corticale importante dans les formes à évolution rapide.

Disons, que sur un plan étiologique, la démence traumatique pure est rare chez les sujets jeunes, fréquente, au contraire, chez les adultes d'un âge moyen, où, quel que soit le point de vue théorique où l'on se place, elle réaliserait un tableau clinique à l'état pur, pouvant être directement relié au traumatisme.

Chez les sujets âgés, les problèmes nosologiques sont pratiquement insolubles, d'origine purement traumatique, ou résultante de l'incidence d'un traumatisme sur un terrain particulier, le traumatisme étant alors un évènement déclenchant - ce problème est d'autant plus complexe et insoluble qu'il y a une notion d'intervalle libre.

b) Clinique.

On a voulu, sur le plan clinique, opposer les formes du sujet jeune et du sujet âgé : s'il existe une forme pure, elle devrait se rencontrer plutôt chez l'adulte moyen ou jeune, la forme du sujet âgé n'étant alors qu'une forme clinique particulière.

C'est plusieurs mois après le traumatisme que se fait l'apparition des signes proprement démentiels, précédés de signes appartenant d'abord à la période confusionnelle, ou au syndrome subjectif banal. C'est alors que l'entourage s'inquiète.

Une accentuation des troubles amnésiques, des troubles de l'attention, des troubles des fonctions de synthèse

supérieures, marque l'entrée dans la période démentielle. C'est donc, en fait, une question de nuance, d'intensité des signes, qui alertera l'entourage immédiat, puis le médecin.

Le jugement deviendra grossier, troublé en permanence, le comportement sera épisodiquement incohérent et le langage altéré.

c) Evolution.

L'évolution est variable d'un cas clinique à l'autre, mais se fait habituellement sur un fond de détérioration mentale progressive avec rupture de l'intégration sociale.

Le malade s'enfonce de plus en plus dans une apathie profonde.

Des poussées confusionnelles subaigues peuvent apparaître au cours de l'évolution qui vont régresser, le plus souvent, et peuvent donner l'illusion d'une atténuation des troubles démentiels.

La caractéristique, peut-être de la démence traumatique, est que le tableau est rarement celui d'un tableau démentiel global, total, comme dans la démence sénile; à la longue une stabilisation pourrait apparaître, sur laquelle les restes intellectuels et affectifs sont loin d'être négligeables, en particulier des décharges affectives coléreuses et classiques sont possibles chez le dément post-traumatique.

En fait, l'évolution progressive vers le gâtisme et la cachexie terminale se poursuivra, parfois hâtée par une poussée évolutive subaigue, éventuellement un délire du type azotémique.

d) Formes cliniques.

Nous n'insisterons pas sur les formes compliquées des

séquelles neurologiques, les formes hémiphysiques par exemple, les formes associées à une épilepsie post-traumatique.

L'association alcoolisme-démence post-traumatique peut en imposer pour une évolution faussement psychotique, chez le vieillard on constate une évolution plus rapide vers une démence plus globale.

Le tableau est voisin de celui de la démence sénile avec existence d'idées de type délirant d'ordre préjudiciel.

Quant aux tableaux psychotiques post-traumatiques des auteurs étrangers, ce ne sont souvent que des tableaux de démences traumatiques ou d'états déficitaires simples.

Il ne s'agit pas tellement de cas rares et nosologiquement discutables de délires chroniques hallucinatoires ou interprétatifs, que surtout des tableaux schizophréniques post-traumatiques.

C'est HILLBORN qui trouve dans ses statistiques un nombre non négligeable d'états schizophréniques post-traumatiques. Il faut tenir compte alors, dit-il, de la personnalité antérieure à l'accident, mais il soutient que c'est le traumatisme qui est à l'origine du déclenchement du processus schizophrénique.

C'est à dessein qu'on n'isole pas certaines perversions instinctives aux prolongements médico-légaux divers en raison de la survenue d'actes délictueux.

Des auteurs comme POROT montrent que ces conduites sont dues, soit au terrain démentiel, soit à l'association à d'autres troubles de la personnalité. Ces actes délictueux peuvent poser des problèmes médico-légaux graves dans la mesure où un

traumatisme crânien peut déclencher la déchéance morale et sociale d'un sujet prédisposé, en particulier, par l'installation assez fréquente d'un alcoolisme chronique dans les mois qui suivent le traumatisme.

LES ETATS NEVROPATHIQUES POST-TRAUMATIQUES

A l'exemple des auteurs de l'article de l'Encyclopédie Médico Chirurgicale traitant des troubles secondaires aux traumatismes crâniens, nous employons l'expression d'états névropathiques post-traumatiques pour ne pas utiliser le terme, par trop général, de "Névrose traumatique", terme dont la conception théorique reste fort ambiguë. Les états névropathiques sont essentiellement formés par un ensemble disparate de signes fonctionnels qui représentent le classique syndrome subjectif des traumatisés crâniens ou syndrome post-commotionnel.

A partir de ce contexte clinique on a pu être amené à parler, dans certains cas, de véritable névrose post-traumatique. Syndrome subjectif et état névrotique post-traumatique sont les deux points que nous allons essayer de préciser théoriquement, avant de les illustrer par des observations cliniques, tout en ayant préalablement donné quelques notions historiques.

Par ailleurs, il faut dire que le terme de névrose traumatique, d'où son ambiguïté, a tout au moins dans les écrits de l'école psychanalytique, une signification bien particulière où la corrélation avec un traumatisme physique n'est en rien obligatoire.

I) - HISTORIQUE -

Le terme de névrose traumatique a été créé par OPPENHEIM, mais ce n'est qu'en 1885 que CHARCOT l'utilise dans le sens de troubles névropathiques, après un traumatisme crânien,

en décrivant des états hystériques post-traumatiques apparus sur un terrain priviligié.

BRISSAUD, en 1908, évoque "la sinistrose", qu'il voit comme "une sorte de délire raisonnant fondé sur une idée de fausse revendication".

La première guerre mondiale a permis l'apparition, en grand nombre, de troubles subjectifs consécutifs aux traumatismes crâniens.

C'est bien parce qu'il y a eu commotion au départ - en ce sens qu'il y a eu un traumatisme physique - que le problème d'éventuels troubles névropathiques a pris un caractère passionnel. Sont venues alors s'ajouter à la clinique une multitude de notions qui n'ont fait qu'obscurcir les données initiales et multiplier les essais de théorisation en fonction des positions personnelles de chaque auteur.

Ont été mises en avant les notions de préjudice corporel et moral, de réparation, d'indemnisation, de simulation, de sinistrose, de terrain psychique prédisposé, de barèmes de fixation des invalidités, et des méthodes de plus en plus fines ont été utilisées pour essayer de distinguer la véracité de la simulation.

La notion d'états névropathiques post-traumatiques a été à nouveau remise en actualité par la fréquence grandissante des traumatismes crâniens, traumatismes causés par les guerres ou traumatismes de la pratique civile.

Le problème est de devoir admettre la notion d'un syndrome subjectif non simulé, non sinistrosique, et qui ne peut être confirmé par aucune découverte lésionnelle organique.

II) - LE SYNDROME SUBJECTIF DES TRAUMATISES CRANIENS -

Décrit pour la première fois en 1916 par Pierre MARIE, dans le contexte des blessures de la tête, lors de la première guerre mondiale, ce syndrome reste encore très fréquent, pouvant d'ailleurs se réduire à un seul symptôme. Les publications parues sur ce sujet montrent que les auteurs font preuve d'une grande méfiance, et d'une grande prudence.

Plus qu'à l'étude du syndrome subjectif en lui-même, les auteurs semblent s'être intéressés davantage à l'étude des signes cliniques objectifs, par le moyen d'enquêtes neurologiques précises, par la multiplication des examens cliniques et paracliniques, dans le but d'objectiver une lésion organique.

Cette méfiance, cette optique neurologique, paraîssent encore prévalentes chez bon nombre de médecins, en particulier les médecins appelés à se prononcer en matière d'expertise, qui semblent ne vouloir admettre le syndrome subjectif que dans la mesure où existent des signes discrets pouvant faire évoquer la possibilité d'une atteinte lésionnelle organique.

A) LA CLINIQUE -

La centration du syndrome fonctionnel semble se faire sur l'existence de trois signes prédominants, qui sont : les céphalées, les sensations vertigineuses, et peut-être aussi l'asthénie.

Les céphalées peuvent revêtir n'importe quel aspect, allant de "la lourdeur de la tête", à l'impression de "la tête cotonneuse", avec une tendance à la somnolence. Ces impressions sont exarcerbées par les mouvements de la tête, le moindre choc,

les effets de contraction musculaire.

Apparaît donc une vraie douleur crânienne qui entraîne des sensations vertigineuses.

Il s'agit bien plus, en effet, de sensations vertigineuses, de pseudo-vertiges. Ce sont surtout des éblouissements qui surviennent lors d'un mouvement brusque. Des vertiges vrais avec giration des objets, sont rares.

Le fond général sur lequel se greffent ces troubles est l'asthénie, qui est à la fois une asthénie physique, psychique et sexuelle. L'impuissance sexuelle est retrouvée très souvent par l'interrogatoire. L'insomnie est quasi constante. Les nuits sont pénibles, entrecoupées de cauchemars. L'intolérance aux bruits est notable. Les troubles du sommeil aggravent les symptômes précédents et sont eux-mêmes aggravés.

C'est dans un tel contexte que le médecin est amené à voir ce malade qui accuse une morosité de l'humeur, qui se plaint de symptômes disparates et qui, angoissé, projette son angoisse sous forme de revendications plus anxieuses qu'agressives. Il erre de consultation en consultation, lassant le médecin, l'irritant par l'aspect polymorphe des troubles évoqués, contradictoires, d'un examen à l'autre.

La reprise d'un travail ne peut pas se faire car l'activité est pénible, difficile, voire, la plupart du temps, impossible. Le renouvellement des arrêts de travail, les notifications, les fiches de maladie, les bordereaux de Sécurité Sociale, font partie de l'univers quotidien du malade. Il entre sur une scène nouvelle où interviennent les médecins, les experts, les

hommes de loi; il se sent cerné, jugé et semble se débattre dans une atmosphère très particulière qui est celle du "Château de Kafka" dont il ne sait comment sortir.

D'un statut professionnel antérieur, il passe à un autre statut qui est celui de malade.

Bientôt, il y a perte du désir de travailler, le malade se plaint de ne plus pouvoir retrouver son rythme vital antérieur. Il y a une sésadaptation professionnelle, et le blessé est à la fois écarté de son milieu familial et professionnel. Le vécu est donc celui d'un rejet complet ou partiel avec ce que cela implique comme conséquences, tant pour lui-même que pour la collectivité. En fait, lors de traumatismes bénins, le traumatisme est une aggression majeure angoissante qui met en alerte toutes les défenses de l'individu.

Comment va réagir le médecin devant un tableau clinique bâtard, où les symptômes semblent être la traduction somatique de l'actualisation de l'angoisse réapparue lors du traumatisme physique.

Plusieurs attitudes sont possibles : se montrer circonspect et évoquer la sinistrose en essayant d'amener le malade à se contredire, et en recherchant par pur formalisme des signes objectifs cliniques. On peut aussi suggérer à l'entourage que la personnalité antérieure du traumatisé était déjà morbide. Très souvent le malade se prête à l'établissement de cette relation avec le médecin, de par son attitude même.

Une autre possibilité serait offerte au médecin dans l'optique d'une prise en charge très tôt, de la relation, en

prescrivant un repos strict avec surveillance médicale, ce qui aurait pour but de sécuriser le malade. Il faudrait alors le faire bénéficier d'une psychothérapie de soutien, analogue à celle des affections psycho-somatiques.

De plus, disons que le syndrome subjectif peut être plus vaste et atteindre d'autres secteurs que ceux cités.

La vision est parasitée par des mouches, des voiles de couleur, des brouillards, des filaments.

Le malade ne sent plus les odeurs. L'appétit a diminué, le goût est altéré. Il ressent une impression de malaise général. Notons aussi des troubles de la mémoire, de l'attention. C'est ensuite la grande variété des troubles neuro-végétatifs, vaso-moteurs, sudoripares, cardio-vasculaires, respiratoires, diges-tifs, et tout ce que l'on peut imaginer qui soit d'ordre et d'ex-pression psycho-somatique: bouffées de chaleur, dérobement des jambes.

A travers le récit confus que le malade fait de ses troubles, apparaîssent les modifications caractérielles - qu'elles soient faites sous forme de revendications ou de plaintes - sous-tendues par l'hyperémotivité latente. Le médecin peut se faire facilement une opinion et évoquer d'emblée le diagnostic, et ce n'est que par conscience professionnelle qu'il ba poursuivre les investigations, à la recherche de signes objec-tifs.

B) - EXAMENS COMPLEMENTAIRES CLINIQUES ET PARACLINIQUES -

C'est la poursuite de l'interrogatoire et la demande de tests mentaux afin d'éliminer la possibilité d'un début de

syndrome déficitaire.

Les neurologues ont bien essayé d'établir des signes dits objectifs du syndrome subjectif, mais leur liste établie permet de voir en quoi ils sont en eux-mêmes criticables, car ils ne permettent pas, même retrouvés, d'emporter la conviction.

Parmi cette liste, citons :

- les vertiges provoqués
- l'hyperreflectivité tendineuse
- le tremblement fin des extrémités
- l'hémyhyperextensibilité
- l'asynergie relative, etc...

Tous ces symptomes signalés ont une signification pathologique multivoque, et sont souvent difficiles à préciser.

En ce qui concerne les examens paracliniques, un grand nombre d'épreuves et d'enquêtes ont été proposées, dont la valeur est aussi limitée que celle des signes cliniques précédents. On pourra rechercher :

- une hyperexcitabilité vestibulaire aux épreuves caloriques et rotatoires,
- des modifications pupillaires,
- une diminution du réflexe photo-moteur,
- une augmentation de la tension artérielle rétinienne,
- les modifications du pouls et de la tension artérielle.

Mais c'est surtoutl'électroencéphalogramme, standard ou sensibilisé, qui va apporter des éléments dont l'ambiguïté vient quelquefois encore compliquer la relation médecin-malade, déjà si complexe. Si des anomalies sont décelées, le blessé a alors le

statut de malade, statut conféré par le médecin avec toute la valeur que cela implique pour le blessé. On trouve assez souvent un tracé de souffrance cérébrale. Le tracé est bas volté, plat et rapide avec une dysrythmie diffuse ou prédominante sur un hémisphère, parfois une bouffée d'ondes pointues isolées.

Reconnu malade, si tel n'est pas son désir, il aura de la difficulté à renverser la dynamique du processus pathologique reconnu comme voie officielle.

Dans la plupart des cas, les rares modifications observées ne sont pas significatives, et même les tracés sont normaux. Si le blessé a le désir d'être reconnu malade, là encore jouera l'ambiguïté de la relation médecin-malade. Le médecin non convaincu d'une -maladie réelle - essayera peut-être d'entrer dans le jeu des prescriptions médicamenteuses, qu'elles soient sédatives ou psychotoniques, mais fera sentir son doute quant à la valeur de la maladie de son patient, et aura recours, le plus souvent, à des paroles faites dans le sens d'une invigoration d'ailleurs le plus souvent inutile.

Si dans cette partie de l'ébauche théorique du syndrome des traumatisés crâniens nous avons insisté sur la relation médecin-malade, c'est qu'elle se trouve au coeur de l'évolution qu'aura ce syndrome, compte tenu des deux partenaires avec leur personnalité et leurs options.

Deux écueils à éviter qui sont tous deux pathogènes, sont ici :

- l'absence systématique de créance accordée aux plaintes du malade

- et la recherche obstinée et systématique de la preuve d'une justification des troubles subjectifs.

Néanmoins, il paraît souhaitable de s'interroger sur l'état organique cérébral du traumatisé et, si un certain nombre de petits signes regroupés font doute, on pourra avoir recours, mais de façon non systématique et dans des cas précis, à l'encéphalographie gazeuse qui, au moment où l'on ne s'y attendait pas, peut donner la preuve d'un début d'atrophie cérébrale.

Il faut croire, en fonction de l'expérience clinique des auteurs qui se sont intéressés plus particulièrement à ce problème, qu'il y a un point important à ne pas méconnaître, et qui se présente sous un double aspect. Certains traumatisés déficitaires intellectuels n'offrent pas encore de lésion atrophique cérébrale lors d'une première encéphalographie gazeuse. Par contre, certains patients qui présentent un syndrome subjectif banal post commotionnel, d'allure fonctionnelle, sans aucun signe déficitaire intellectuel, ont déjà, lors d'une encéphalographie gazeuse faite un peu au hasard, des lésions d'atrophie cérébrale.

Donc, pour reprendre l'idée précédente, il faut admettre que rien "a priori" ne permet de dire qu'un traumatisé crânien présentant des signes séquellaires apparemment d'ordre fonctionnel, ne se décompensera pas ultérieurement sur un mode démentiel traumatique.

Là se pose le problème de l'atteinte, ou non, de la personnalité et des frontières facilement franchissables sur le plan clinique entre syndrome subjectif et état démentiel, en

passant par tous les tableaux intermédiaires. Il faut admettre aussi, et c'est là une opinion discutée par les auteurs, que plus un syndrome post commotionnel est tenace, résistant à tout essai thérapeutique, quelle qu'en soit la forme, plus on devra se méfier de l'existence d'une lésion organique sous-jacente, surtout si on peut objectivement, après une enquête faite sans a-priorisme, affirmer que la personnalité antérieure du traumatisé était normale.

Donc, en fonction de ce double aspect du problème, pour le médecin, existeraient deux solutions, qui auraient toutes les deux des conséquences aussi graves. La première solution consisterait à méconnaître les données psychologiques personnelles. La deuxième solution est inverse : ce serait de ne voir que l'aspect psychologique du problème, et croire qu'une fois le diagnostic de syndrome post-commotionnel posé, en éliminant toute lésion organique, il n'est pas nécessaire - parce qu'inutile et traumatisant - de rechercher, par des examens complémentaires, une lésion organique cérébrale.

Entre ces deux positions extrêmes, l'idéal serait d'avoir une attitude adaptée à chaque cas particulier, ne voir que l'aspect neurologique, ou ne voir que l'aspect psychologique du syndrome post-commotionnel sont des erreurs qui peuvent être lourdes de conséquences.

L'encéphalographie gazeuse, ou pneump-encéphalographie, peut donc montrer des lésions discrètes d'atrophies cérébrales, qui peuvent coïncider avec des signes cliniques discrets d'allure déficitaire. L'atrophie cérébrale peut se traduire sur les clichés

par une dilatation des ventricules, une injection anormalement importante des sillons corticaux et des citernes de base. Dans certains cas on aura des images révélatrices d'hématome sous dural.

L'examen du liquide céphalo-rachidien pourrait montrer des modifications tensionnelles dans le sens d'une hypertension intra-crânienne, et une hyper albuminose discrète.

L'examen psychométrique décèle, s'il est demandé, une fatigabilité rapide, une baisse constante de l'efficience mentale (écart moyen de 4 ans d'âge mental entre les résultats obtenus aux cubes de Kohs et au vocabulaire).

Il y a très souvent une altération des fonctions perceptivo-constructives, et psychomotrices (reproduction de la figure de Rey), une modification de la structure de la personnalité anormalement suggestive, vulnérable, hyperesthésique, appréciée par les tests projectifs (test de Rorschach).

C) - EVOLUTION -

En général, elle se fait vers une amélioration progressive qui se dessine en quelques mois. Certaines formes cliniques du syndrome post-commotionnel sont particulièrement rebelles à toute thérapeutique. A cet égard la personnalité antérieure joue un rôle important.

D) - EPIDEMIOLOGIE PATHOGENIE -

Plusieurs facteurs paraîssent entrer en jeu dans le déterminisme du syndrome post-commotionnel. L'hypothèse la plus courante et la plus classique est celle de microlésions hémorragiques non décelables. D'autres hypothèses sont possibles

lésions vasculaires, gliose extensive, perturbations de la tension du liquide céphalo-rachidien, perturbations vaso-motrices.

Certains auteurs ont invoqué plus récemment des perturbations de l'hydraulique encéphalique (opinion de PENFIELD - de PETIT - DUTAILLIS - de PERTUISET). D'autres auteurs (de MORSIER I938) ont rattaché ces troubles fonctionnels à un processus encéphalopathique plus ou moins diffus. R. LAFON et ses collaborateurs (I954) tendent à considérer ce syndrome comme la conséquence d'un dysfonctionnement diencéphalique et hypothalomique sur la constatation de troubles végétarifs et des perturbations endocriniennes et métaboliques : fréquence du dysfonctionnement thyroïdien au test de l'iode radio-actif, altération de la secrétion des gonado-stimulines constatable par la baisse habituelle des stéroïdes urinaires. BARRE(I946) a insisté sur l'irritation des fibres sympathiques périphériques et les troubles réflexes extenso-progressifs qu'elle entraîne.

Si l'on se réfère à l'hypothèse des lésions de la région méso-diencéphalique, l'apparition du syndrome subjectif serait en rapport direct avec la violence d'un traumatisme, de préférence fermé.

E) - REGROUPEMENT DES APPROCHES THEORIQUES -

Si l'on recherche avec soin tous les facteurs directement sous la dépendance du traumatisme il ne faut jamais oublier que ce syndrome est, en partie, solidaire de la constitution du sujet. Beaucoup de cliniciens, notamment R. BRUN (I930-I938) en Suisse, et M. MOREAU (I947) en Belgique, ont insisté sur les prédispositions névropathiques et psychosomatiques dans le

déterminisme de ce syndrome. La même idée est reprise par B. CASTETS dans la Presse Médicale (1959). La fréquence de ce syndrome survenant surtout lors de traumatismes bénins montre que les corrélations anatomo-cliniques sont loin d'être une règle. Ainsi apparaît un facteur étiologique important : la personnalité antérieure du blessé. D'autres auteurs complètent cette idée en disant que le pronostic est impossible à poser d'emblée et qu'il dépend pour beaucoup de la personnalité du malade.

De la plupart des travaux consacrés au syndrome subjectif des traumatismes crâniens se dégage l'opinion suivante : une certaine complémentarité de facteurs organiques et psychiques est admise (notamment pour RIESE, HECAEN, etc...).

Même si le pronostic de la personnalité antérieure du blessé, comme nous l'avons énoncé plus haut, il faudrait faire un bilan complet des troubles du traumatisé crânien et des facteurs dont ils dépendent, et c'est de ce bilan que dépendrait pour une grande part le pronostic.

Le syndrome est souvent aggravé et conditionné par l'incidence de la revendication du sujet, autrement dit de"la sinistrose", notamment en matière de blessure de guerre, d'accident du travail ou de la circulation, d'où la nécessité de ne pas éterniser la procédure.

Par expérience, il semble que les symptomes fonctionnels post-traumatiques soient très fréquents, mais on peut affirmer que les syndromes les plus nets et les plus durables - mis à part les cas rares de sinistrose pure, quasiment simulatrice, ou des cas moins rares d'atrophie cérébrale sous jacente non encore

décelable - sont fonction, bien sûr, des caractères de la personnalité, mais aussi de la qualité de son insertion sociale, professionnelle et familiale. Il faut aussi prendre en considération l'âge du traumatisé. La sénescence, l'inactivité habituelle, l'insuffisance mentale, l'immaturité affective, une médiocre adaptation sociale et professionnelle, favorisent de beaucoup la persistance du syndrome. Interviennent aussi l'attitude de l'entourage et la qualité de la relation médecin-malade, c'est-à-dire le contexte dans lequel, pour chaque patient, se déroule, à un moment donné, le traumatisme.

Dans "l'évolution psychiatrique" Denise OSSON (1963) considère qu'une insertion sociale médiocre au moment de l'accident favorise le développement d'un syndrome post-commotionnel, mais que la qualité de l'insertion familiale paraît intervenir de façon prépondérante, alors que l'influence directe de l'insertion professionnelle ne joue qu'un rôle contingent. Mais les conditions étiologiques, bien que nécessaires à préciser, sont souvent délicates à apprécier : parce qu'un sujet aura une structure psychologique relativement fragile, alors que son insertion socio-familiale et socio-professionnelle sont bonnes, il suffira d'un traumatisme crânien pour remettre complètement en question son insertion et son devenir.

Par ailleurs, le traumatisé crânien a un seuil de tolérance à l'alcool très abaissé. La symptomatologie pourra donc être aggravée par de faibles quantités d'alcool.

F) - CONCLUSIONS -

En conclusions de ce chapître consacré au syndrome

post-commotionnel, où nous avons successivement essayé une approche de la clinique et de la valeur des examens paracliniques, en ébauchant les essais de théorisation, nous pouvons dégager les points suivants :

Iº) Il faut faire une juste estimation de la part qui revient au traumatisme lui-même et aux prédispositions et réactions du traumatisé par un examen minutieux et fait avec soin.

2º) Les attitudes "sinistrosiques" rencontrées assez fréquemment n'ont, en fait, aucune valeur réelle; elles sont simplement, pour le blessé, un moyen de présenter une symptomatologie qu'il est normal de relier au traumatisme.

3º) Les simulations frahches et durables sont rares et posent alors le problème d'une personnalité antérieure morbide ou celui d'une personnalité dont l'équilibre mental actuel, au moment du traumatisme, est pathologique.

4º) Les symptomes cliniques, retrouvés par l'interrogatoire et l'examen clinique sont difficiles à interpréter. Les examens paracliniques sont, eux aussi, souvent décevants, mais indispensables, dès qu'il peut y avoir la moindre suspicion d'un processus organique sous jacent. Si l'électro-encéphalogramme est de pratique facile et peu traumatisant, faut-il avoir recours, de façon un peu systématique à l'encéphalographie gazeuse, de pratique moins aisée et beaucoup plus traumatisante.

5º) La personnalité pré-traumatique ou antérieure du sujet joue un rôle important mais, dans bon nombre de cas où il y a eu syndrome post-commotionnel sans lésion organique décelable, la personnalité antérieure ne suffirait peut-être pas à justifier

ce syndrome.

6º) Il n'y a aucune corrélation psycho-clinique ou anatomo-clinique franche qui permette de tracer une épidémiologie du syndrome subjectif, soit par rapport au traumatisme, soit par rapport à la personnalité du sujet.

7º) Finalement la position la plus sage et la plus prudente est de savoir qu'un syndrome post-commotionnel n'a pas à être justifié, explicité, impliqué dans la relation médecin-malade ou du malade avec son entourage.

8º) Le syndrome subjectif des traumatisés crâniens fait partie du préjudice subi et c'est seulement parce qu'il devient inquiétant par sa durée dans le temps, et qu'il se situe au-delà de certaines limites qu'il faut approfondir les problèmes étiologiques et rechercher des justifications psychologiques ou organiques, face à sa ténacité anormale.

III) - LES ETATS NEVROTIQUES POST-TRAUMATIQUES -

Les états névrotiques post-traumatiques proprement dits, dénommés aussi (H. EY) les névroses traumatiques.

Sous ce vocable, nous nous proposons d'étudier des états plus prolongés, plus franchement névrotiques et qui sont à distinguer des simples troubles post-commotionnels. Nous ne pourrons envisager ici que quelques positions théoriques impliquées dans tout examen "d'une névrose traumatique". Le rapport de H. HECAEN et J. de AJURIAGUERRA (1954) reste, sur le plan de la théorie, l'élément primordial de référence.

Les névroses traumatiques dont nous parlons ne sont pas, bien entendu, ce qu'en langage psychanalytique on désigne parfois

ainsi et qui sont les troubles névrotiques en rapport avec les traumatismes psycho-sexuels du jeune âge. Selon H. EY, elles ne diffèrent en rien d'essentiel des névroses ordinaires; la qualification de "traumatique" indique seulement qu'elles surviennent après, ou à l'occasion d'un traumatisme (E. EVRARD 1954). Cependant, même si elles sont semblables aux névroses ordinaires, le domaine qu'elles recouvrent paraît assez peu délimité. Les difficultés nosologiques et semiologiques sont exprimées par la pluralité des termes employés pour les définir: névrose neurasthénique, états hystériques post-traumatiques, états psychasthéniques post-traumatiques, névroses de conflit de SYMONDS, névrose de compensation de KAMMANN, pathoses d'attitudes de THORN et KAMMANN, psycho-névrose d'effroi ou émotionnelle. Nous envisagerons brièvement les principales descriptions cliniques avant d'essayer d'exposer quelques problèmes théoriques.

I) - DESCRIPTIONS CLINIQUES -

a) La névrose d'effroi, encore appelée psychonévrose d'effroi ou émotionnelle aigue.

La névrose d'effroi est la forme de "Névrose de guerre" la plus classiquement décrite. C'est un épisode aigu qui survient immédiatement après un traumatisme souvent insignifiant en lui-même, mais dramatique par les circonstances dans lesquelles il survient, entraînant une angoisse majeure.

A titre d'exemples citons : les catastrophes de Chemin de fer, les bombardements, de violents incendies. Elle représente donc surtout une réaction émotionnelle et l'on a pu, en reprenant la terminologie anglo-saxonne (GRINKER 1945),

parler de névrose aigue.

Au stade initial, c'est, le plus souvent, un tableau de déconfusion avec agitation psycho-motrice. L'anxiété est constante ("Schreckneurose" des auteurs allemands). L'onirisme serait assez fréquent comme le démontrent les travaux des auteurs français de 1914 à 1920 (CAPGRAS, JUQUELIER, CHARPENTIER, etc...).

L'évolution de ce tableau déconfusion anxieuse, avec reviviscences incessantes de l'évènement traumatique, se fait vers une atténuation progressive en quelques jours. Peuvent subsister des séquelles telles qu'une asthénie, fatigabilité intellectuelle ou physique, insomnie avec cauchemars terrifiants ou réveils brusques, hyperesthésie, anxiété diffuse.

Un problème théorique apparaît d'ailleurs là, dans la mesure où l'on admet que l'atteinte corporelle ou le traumatisme crânien n'est en rien nécessaire à l'éclosion d'une telle évolution névrotique. On admet alors par là même que l'essentiel est la structure psychologique antérieure. Cette évolution névrotique aurait donc pour source la brusque décompensation d'un équilibre affectif précaire.

En fait, on se réfère, en parlant de névrose d'effroi, à une émotion, à un traumatisme psychique. Ce terme est mal employé et l'on commet là la confusion signalée à plusieurs reprises, entretenue par le terme ambigü de névrose traumatique. Toute la symptomatologie esquissée à grands traits, plus haut, relève des mécanismes de la "névrose traumatique" au sens large, ou plus exactement de la névrose d'effroi dans le cas particulier. Le traumatisme crânien n'est ici en rien obligatoire, il est

contingent.

Il n'en est pas moins vrai que sur ce tableau d'agitation anxieuse, qui peut être dans certains cas remplacée par un tableau de véritable stupeur, le choc crânien, avec ce qu'il représente, sur le plan de l'inconscient, va contribuer à localiser l'angoisse qui est très souvent une angoisse de mort imminente et qui fait partie du vécu du sujet.

b) Les Etats Neurasthéniques -

Ils s'installent habituellement de manière progressive et apparaîssent après un certain temps de latence qui suit le traumatisme. Ils peuvent survenir d'ailleurs après une névrose d'effroi.

Ils sont caractérisés par une sensation d'asthénie, aussi bien physique que psychique.

Les troubles psychiques sont essenticllement une dysmnésie, une fatigabilité extrême, une difficulté à la concentration. Peuvent également se voir : une incapacité à tout travail, avec irritabilité extrême.

L'humeur est celle d'un état de tristesse continue, faite de pessimisme, d'impuissance, de crainte de devenir incurable. Des accès anxieux peuvent faire redouter une réaction de suicide.

Sur le plan somatique, ce malade se plaint de céphalées, de rachialgies, d'algies diverses, quelquefois de paresthésies à topographie variable ou d'une hyperexcitabilité sensorielle et sensitive. Les troubles végétatifs sont nombreux: palpitations, sueurs profuses, troubles vaso-moteurs, dystonies digestives ou

autres.

Il arrive que le malade polarise son introspection inquiète sur un trouble particulier d'un organe et on peut parler d'une forme hypochondriaque de la névrose. Ces états évoluent d'une manière traînante, pendant de longs mois, voire des années, pouvant d'ailleurs s'associer aux attitudes de revendications allant ainsi jusqu'à la Névrose de Rente, encore appelée Sinistrose.

Ce tableau n'est autren semble-t-il, que celui qui a été décrit dans le syndrome post-commotionnel.

c) Les Etats Psychasthéniques et Obsessionnels -

Les manifestations de la névrose obsessionnelle vraie sont exceptionnelles après les traumatismes crâniens. Lorsqu'elles surviennent après une commotion ou un choc crâhien quelconque, l'accident n'a alors, le plus souvent, qu'un rôle déclenchant. On peut voir, cependant, des pseudo-obsessions liées aux circonstances traumatisantes. En exemple, peuvent être concernés, le milieu de travail exposant au risque ou le moyen de transport ayant occasionné l'accident.

Il est plus fréquent de rencontrer des phobies ou des pseudo-phobies investissant d'une angoisse panique les objets ou les circonstances liées à l'accident. Des formes de transitions entre les pseudo-phobies et les pseudo-obsessions se voient assez souvent. Parmi les phobies vraies, notons les réactions d'agoraphobie ou d'astasie-abasie, qui sont les manifestations névropathiques de beaucoup les plus fréquentes.

d) Les Etats Hystériques -

Toutes les formes d'accidents hystériques décrites déjà précédemment peuvent se rencontrer, apparaîssant souvent après un temps de latence assez long, dit "de méditation", dont la durée est variable, de quelques jours à quelques semaines. Ce sont des troubles neuro-végétatifs, des spasmes des voies respiratoires ou du tube digestif. Ce sont peut-être aussi des troubles sensoriels: amaurose, surdi-mutité, hyperesthésie, ou des troubles moteurs: paralysies, mouvements involontaires, mouvements anormaux, troubles de la marche et de la coordination, contractures, crises convulsives névropathiques, tics, aphonie, bégaiement.

Sur le plan psychique, c'est une altération de l'état de conscience, hypersomnie ou catalepsie, ou bien états crépusculaires actes de puérilisme extrême, phénomènes de dépersonnalisation.

Une annotation spéciale doit être faite pour l'amnésie hystérique post-traumatique.

e) Le Problème de la simulation, de la sursimulation et de la Sinistrose, mais aussi de la Névrose de Rente ou de lá Névrose de compensation -

Le problème diagnostique de la simulation ou mieux de la sursimulation - c'est-à-dire le problème de la majoration ou de la déformation par la mauvaise foi d'une disposition pathologique réelle - se pose avec les manifestations hystériques, mais également d'une façon plus générale avec toutes les autres névroses traumatiques. La difficulté du diagnostic vient du désir, poursuivi par le malade, de se voir indemniser, d'être titulaire d'un titre de pension, ou de bénéficier d'un arrêt de travail prolongé.

A cet égard, selon H. EY, l'attitude adoptée par le médecin devrait pouvoir, en se basant sur la fermeté et la compréhension, empêcher le malade d'être victime de sa propre revendication ou d'être suspecté de mauvaise foi.

Dépister la simulation, c'est faire un examen clinique minutieux et complet qui mettra en évidence les faux symptomes (COSTEDOAT I933) Des examens sensoriels spécialisés et des tests psychométriques peuvent être utiles pour complèter l'examen clinique.

Selon BRISSAUD (I908), la sinistrose est une attitude pathologique du blessé qui ne veut pas se reconnaître guéri parce qu'il estime, de bonne foi, qu'il n'a pas obtenu une juste réparation du dommage dont il a été la victime. C'est, au fond, une personnalité de structure paranoïaque, ou un revendicateur, chez lequel la revendication naît d'une estimation excessive de son droit à être indemnisé. Cette optique ne fait guère que rejoindre les opinions d'auteurs très classiques, qui voyaient, dans la demande de ces malades, le signe "d'un délire raisonnant, fondé sur une idée de fausse revendication".

Cette attitude sinistrosique peut être isolée, ou bien se combiner aux autres attitudes névrotiques, réalisant ainsi un fond de revendication, de frustration, ou mieux de paranoïa caractérielle, dont l'exacte valeur pathologique est difficile à fixer, surtout quand elle se présente comme le seul symptome réel dont dépendent tous les autres symptomes allégués.

Il paraît peut-être plus exact et plus habile de dire, comme STRAUSS et SAVITSKI, que rechercher une compensation est une nuance qui colore des états névrotiques divers, lorsque ces

états névrotiques sont mis au jour par le traumatisme, qui n'est d'ailleurs qu'un élément contingent au développement et à l'apparition de la névrose. Mais d'autres auteurs, comme SCHILDER, nient une telle proposition et affirment, au contraire, qu'une psychonévrose typique, développée à partir d'un traumatisme crânien, ne peit apparaître si la personnalité antérieure du sujet ne l'y prédispose pas.

Etant donné, selon H. EY, le risque évolutif, et en particulier la possibilité d'apparition d'attitudes sinistrosiques, il faut que les premiers certificats établis par le médecin, et les premiers examens, soient faits avec le plus grand soin et soient aussi complets et aussi clairs que possible. Là, lors des premiers examens, l'attitude du médecin est d'une importance capitale; c'est tout le problème de la relation médecin-malade que nous avons développé longuement en exposant la symptomatologie clinique du syndrome post-commotionnel. L'attitude prise par le médecin se doit d'être objective, compréhensive, rassurante, mais aussi prudente, en pensant aux possibilités de revendications abusives possibles.

II - PROBLEMES THEORIQUES -

De multiples études de la personnalité semblent avoir été faites chez les traumatisés crâniens sans avoir apporté des résultats précis; ont été constatés, semble-t-il, des traits multiples et disparates, évocateurs de structures névrotiques diverses et variables. Des problèmes théoriques sous-tendent donc bien toujours la notion d'états névropathiques post-traumatiques. Chez les auteurs qui adoptent et défendent une position rigide,

sont déclarées sinistrosiques, ou appartenant à la simulation, toutes les plaintes somatiques non confirmées par des lésions organiques, et on arrive aussi à la négation de la névrose, tandis que d'autres auteurs, presque aussi rigides, arrivent également à la négation, en quelque sorte, du traumatisme, puisque celui-ci, selon eux, est incapable de déterminer une structure névrotique qui ne soit pas déjà inscrite dans la personnalité antérieure du sujet.

Une position intermédiaire, et sans doute assez séduisante, est celle de RIESE qui pense que la névrose traumatique est "Le résultat d'un ensemble de phénomènes historiques non causaux".

Quant à SCHILDER, il déclare, en quelque sorte, qu'être victime d'un traumatisme crânien, c'est, de par ses conséquences même les plus mineures, offrir un "matériel à la névrose" pour le développement de cette dernière.

De toutes façons, outre le traumatisme et son importance, existe l'expérience psychologique que représente le traumatisme, en tant qu'évènement vécu; en ce sens, une névrose post-traumatique, après blessure crânienne, est assimilable à une névrose traumatique au sens psychogénétique habituel. La demande exprimée d'une compensation semble devoir être interprètée avec souplesse, comme la conséquence fréquente d'une évolution névrotique d'origine traumatique, et non comme, à tout prix, une attitude rattachée à la sinistrose ou à la simulation comme il semble que nous l'avons longuement décrit précédemment en nous inspirant de H. EY.

HECAEN et de AJURIAGUERRA diront qu'il s'est "créé sur

la base de différents facteurs (modifications végétatives, modification vestibulaire, labilité émotionnelle) une nouvelle personnalité biologique, d'où la névrose pourra surgir au moindre conflit social ou affectif".

Mais il semble que ce serait une erreur d'admettre une relation causale totale entre le traumatisme et la névrose; on ne saurait encore mieux fixer cette évolution névrotique qu'en la niant purement et simplement.

Donc, deux conceptions inverses, mais tout aussi rigides s'affrontent, n'apportant, comme nous l'avons déjà laissé entendre, aucune solution pratique, ce sont, d'une part, la conception un peu facile de la simulation, s'il n'y a pas de lésion organique et, d'autre part, la conception de l'existence d'une structure névrotique sous jacente, préexistante au traumatisme.

Si la structure de la personnalité est névrotique, le traumatisme est intégré, parce que vécu, parce qu'actualisé sans cesse, soit sous forme directe de souvenir, soit sous la forme déguisée ou indirecte qu'est le symptome. En somme, et c'est là peut-être la conclusion à laquelle on arrive, on ne parle plus de névrose post-traumatique en tant que névrose apparue après un traumatisme crânien, mais bien de névrose traumatique au sens large, sans que lui confère une théorie psychogénétique comme la psychanalyse.

OBSERVATIONS

I - Etats déficitaires - Démence traumatique vraie -

OBSERVATION Nº I - (x)

Circonstance d'Hospitalisation -

Monsieur C... est hospitalisé pour la première fois en milieu psychiatrique en Août 1971. Il s'agit d'un malade du secteur adressé par un Service de Neurologie où il avait été préalablement hospitalisé. Une demande de placement volontaire a été faite par le médecin de ce Service, le certificat de placement est ainsi rédigé : "une importante détérioration intellectuelle caractérisée par des troubles de l'humeur, un déficit mnésique important, des troubles du jugement et du comportement forment le fonds du tableau clinique.

A noter une alternance de l'apragmatisme et de bouffées impulsives actives allant parfois jusqu'à l'activité clastique. Ces troubles sont d'apparition ancienne avec évolution progressive vers l'aggravation.

L'examen neurologique met en évidence une hyperréflectivité ostéo-tendineuse des quatres membres. Le liquide céphalorachidien est normal. L'électroencéphalogramme objective quelques anomalies discrètes à prédominance postérieure. L'artériographie cérébrale met en évidence un volumineux anévrysme artério-veineux hémisphérique droit profond, situé dans la région fronto-rolandique. L'encéphalographie gazeuse objective une dilatation ventriculaire contro-latérale vraisemblablement secondaire à un hémo-détournement.

(x) Nous nous permettons de présenter cette première observation bien que nous pensions qu'elle puisse être sujette à critique et fasse l'objet éventuellement d'un chapitre radicalement différent.

Le refus obstiné du malade de subir une intervention neuro-chirurgicale, l'absence de certitude que cette intervention entraînerait une amélioration ainsi que l'importance des troubles du comportement justifient le placement de Monsieur C... dans un Etablissement spécialisé régi par la loi du I8 Juin I838.

HISTOIRE PSYCHIATRIQUE -

Dans ses antécédents -

On retrouve, il y a huit ans, en I965, une hospitalisation dans un service de neurologie, à la suite d'un traumatisme crânien grave ayant entrainé une hémorragie méningée Des examens complémentaires avaient déjà été faits à cette période, montrant un volumineux anévrysme artério-veineux hémisphérique droit profond. Le début des troubles psychiatriques remonte vraisemblablement à cette période et il semble qu'il y ait eu une aggravation progressive réalisant un tableau de détérioration mentale profonde.

Monsieur C... entre dans le Service en Août I97I, adressé par un Service de neurologie dans les conditions énoncées précédemment.

Biographie -

La biographie ne permet de recueillir que peu de renseignements. Avant I965, Monsieur C... menait une vie normale. Il est né le 28 Juillet I934, il est actuellement âgé de 39 ans. Il est marié et il était stable professionnellement. Il n'y avait aucun antécédent pathologique connu avant I965, date à laquelle il est blessé à la tête lors d'un accident de la voie publique et où, parallèlement à une hémorragie méningée,

conséquence d'un traumatisme, on découvre qu'il est porteur d'un volumineux anévrysme artério-veineux. Se pose alors le problème de savoir si l'hémorragie méningée est une conséquence du traumatisme crânien, ou est liée à l'anévrysme insoupçonné jusqu'alors et découvert, d'ailleurs, par l'artériographie faite devant un tableau mixte.

De I965 à I972, les troubles psychiatriques augmentent prenant le pas sur les troubles déficitaires neurologiques, ce qui a dominé et rendu très difficile le maintien de Monsieur C... dans son milieu familial, c'est le tableau déficitaire intellectuel : troubles du Jugement et de la Raison, dysmnésie, turbulence, conduites absurdes, désorientation temporo-spatiale.

En I97I, sur le conseil d'un médecin, Monsieur C... est hospitalisé pour la deuxième fois dans un nouveau Service de neurologie pour un bilan et pour l'étude des possibilités d'intervention chirurgicale. Les résultats du bilan fait en Août I97I figurent sur le Certificat de Placement d'Office, cité au début de l'Observation. Les conclusions du bilan sur l'étude des possibilités opératoires ont été également données. La famille ne pouvant plus prendre en charge Monsieur C... devant l'intensité du tableau démentiel, c'est alors que le malade nous a été confié en Placement volontaire.

En Octobre I97I, Monsieur C... est toujours hospitalisé. Le tableau de détérioration semblant s'aggraver, bien qu'un traitement neuroleptique à petites doses ait stabilisé les troubles du comportement, un contact est pris avec un Service de neuro-chirurgie fonctionnelle dans l'optique d'une

révision de l'indication d'une intervention chirurgicale qui est souhaitée par la famille, quels qu'en soient les résultats. Il est alors hospitalisé un mois pour la troisième fois dans un nouveau Service de neuro-chirurgie, pour un nouveau bilan et l'étude d'une éventuelle intervention.

Au terme de cette troisième hospitalisation, en Janvier 1972, il revient dans le Service avec la lettre suivante:

"Nous avons hospitalisé Monsieur C... afin d'étudier les possibilités et les justifications d'une éventuelle intervention neuro-chirurgicale sur son anévrysme artério-veineux profondde la région sus ventriculaire droite.

L'examen neurologique actuel se révèle très pauvre et il n'y a pratiquement pas d'atteinte motrice ou sensitive. Il l'existe pas non plus de troubles du langage. Le tableau morbide est dominé par l'effondrement des possibilités de rétention mnésique avec un oubli à mesure continuel et associé à une baisse importante des facultés intellectuelles. Ce désert de souvenirs depuis son hémorragie méningée et le traumatisme crânien remontant à 1965 s'accompagne d'une grande pauvreté idéique, d'un ressassement permanent des mêmes thèmes pauvres et de conduites stéréotypées avec, en particulier, urination extrêmement fréquente. Le tout évolue actuellement sur un fonds d'indifférence béate avec approbativité, sans aucun élément de type caractériel et sans aucun trouble du comportement.

Les examens complémentaires ne nous amènent pratiquement aucun élément nouveau, en particulier le fonds d'oeil, l'électroencéphalogramme, la gamma-encéphalographie.

Il s'agit certes d'un malade gaucher avec quelques éléments d'ambidextrie, ce qui pourrait représenter un facteur défavorable supplémentaire en cas d'intervention sur l'hémisphère droit.

Mais, surtout après discussion, il nous est apparu que nous n'avions vraiment pas grand'chose à gagner à cette intervention, alors que plus de cinq ans se sont écoulés depuis cette hémorragie méningée cataclysmique qui a laissé un tableau de détérioration intellectuelle et mnésique suffisamment considérable pour que sa régression soit des plus aléatoires. Il nous paraît donc légitime de renoncer à un geste chirurgical qui ferait courir des dangers fort importants pour un bénéfice des plus incertains".

Examen Psychiatrique -

La présentation est, dans l'ensemble, non évidente en ce qui concerne le diagnostic de démence traumatique. La tenue est relativement propre. En fait, il existe chez Monsieur C... une incurie masquée par un relatif maintien dans le service des contraintes sociales. Il est, en fait, très indifférent à l'ensemble de son état mental. Il est quasiment inconscient de sa situation et de sa déchéance en regard de laquelle il se montre indolent, apathique. Existe une perte de l'auto-critique et de l'auto-conduction qui traduit l'atteinte des fonctions intellectuelles supérieures.

Ce qui frappe, lors de l'observation, ce sont ses allées et venues en tous sens le long du couloir et qui sont en rapport avec une désorientation temporo-spatiale et une

rétention mnésique effondrée. De plus, il existe des demandes réitérées qui sont liées à l'amnésie immédiate de ce qui a été demandé. Il y a une stéréotypie et une existence des conduites persévératrices au niveau des actes et des demandes confinant à l'absurdité. Le langage est non troublé en tant que moyen d'expression, mais il y a radotage et rabachage avec une pauvreté idéique extrême et à la limite, une incohérence idéo-verbale. On peut évoquer l'existence d'un langage automatique avec perte de la signification du langage et même de la morphologie phonétique. Il y a une incapacité à saisir verbalement une situation donnée simple, à s'en rendre maître, ce qui nous ramène à parler des troubles de la pensée, le plus souvent vide de sens, des troubles du jugement et de l'attention. Il y a donc perte de la capacité d'abstraction, perte de l'intégrité de la pensée, perte des possibilités mnésiques, de graves troubles des fonctions de synthèse supérieures ainsi qu'une abolition des valeurs éthiques, logiques et sociales.

En plus des indications qui ont été données jusqu'ici, tant en ce qui concerne son histoire qu'en ce qui concerne les documents cités faisant un bilan de ses hospitalisations neurologiques et de tout ce que nous avons déjà pu dire du tableau de détérioration intellectuelle profonde constaté, existent deux éléments retrouvés lors de l'examen.

Nous avons déjà évoqué les troubles de la rétention mnésique et de l'orientation temporo-spatiale, et paradoxalement chez Monsieur C... où il existe, pour reprendre l'expression déjà citée, un désert de souvenirs, il y a une date précise qui

subsiste dans son esprit et à laquelle il donne d'ailleurs un sens: c'est celle de 1965 à laquelle il associe un souvenir d'hospitalisation dans une ville qu'il nomme et il exprime une idée de début à cette date d'une maladie.

Effectivement, chez ce malade qui n'a plus de passé, plus d'avenir, chez lequel la personnalité a été effondrée à la suite d'un traumatisme crânien associé à une hémorragie méningée, qui est indifférent à tout, pour lequel affectivement plus grand' chose ne compte, il y a une vague conscience de la date du début d'un processus de détérioration progressive.

Autre élément à noter, qui appartient au discours que tient Monsieur C..., c'est l'existence d'une fabulation absurde avec idées de persécution que l'on n'ose pas qualifier de délirantes, car le délire supposerait peut-être une élaboration de la pensée qui est ici par trop réduite à quelques idées radotées, rabachées.

D'autre part, depuis son hospitalisation, est venu s'ajouter le problème d'une homosexualité active qui a été à l'origine de son transfert de Pavillon.

Sur le plan de l'humeur, il existe une jovialité très particulière qui est faite de rires stéréotypés dans leur apparition qui viennent en réponse à la fabulation de son discours. Ce sont des rires sonnant faux qui accompagnent le développement d'idées d'absurdes et qui sont noyés dans la masse des autres symptômes réalisant un état dysphorique.

CONCLUSIONS -

Toute la symptomatologie énoncée et retrouvée lors

et l'examen conduit bien à penser qu'il s'agit là d'une démence vraie, réalisant un tableau de détérioration d'origine traumatique et vasculaire avec homosexualité, où presque plus rien n'existe de ce qui était de la personnalité antérieure chez ce malade de 39 ans.

OBSERVATION Nº 2 -

Circonstances d'Hospitalisation -

Monsieur G... vient reprendre sa place dans le Service en Octobre 1970. Il avait été hospitalisé en Août 1970 dans ce même Service Psychiatrique ; son transfert en milieu neuro-chirurgical avait été alors demandé dans l'optique d'un nouveau bilan neurologique chez un traumatisé crânien ancien.

Histoire Psychiatrique -

Biographie -

Monsieur G... est né en 192L. Il a actuellement 52 ans. Jusqu'en 1964 , date de l'accident dont on constate actuellement les séquelles particulièrement graves, il n'y a aucun antécédent pathologique connu. Monsieur G... est marié. Il travaille régulièrement jusqu'en 1964 comme employé aux Postes et Télécommunications en qualité de chauffeur.

Histoire de l'accident -

Il y a 9 ans, en 1964, il est victime d'un accident qui est à la fois un accident du travail et un accident de la voie publique. Il avait alors 44 ans. Il s'agit initialement d'un traumatisme crânien gravissime avec perte de connaissance immédiate. Dès que possible Monsieur G... a été transféré en milieu neuro-chirurgical où une intervention a été tentée. Il a subi, en effet, une Lobectomie pour hématome sous-dural bilatéral et nous ne possédons aucun compte rendu supplémentaire sur son hospitalisation(x). Depuis 1964, se sont installées des séquelles particulièrement graves, tant sur le plan du déficit neurologique que sur le plan du déficit intellectuel.

(x) en milieu chirurgical.

Ces séquelles ont entraîné des hospitalisations en milieu neuro-psychiatrique dont la fréquence se montre progressive. On en constate quatre en 1966.

En ce qui concerne la première hospitalisation de 1966, nous possédons les renseignements suivants : comitialité avec aphasie chez un traumatisé crânien opéré en 1964. C'est vraisemblablement à partir de 1966 que la symptomatologie déficitaire s'est installée de façon nette, surtout sur le plan intellectuel. En 1967, une nouvelle hospitalisation est à noter ainsi qu'une autre en 1968.

Pendant deux ans les manifestations semblent s'être peu à peu stabilisées grâce à une thérapeuthique anticomitiale et l'état de détérioration intellectuel a semblé être compatible avec une prise en charge à l'intérieur de sa famille. Puis, en 1970, il est hospitalisé trois fois et la troisième fois c'est en Août 1970. Après quelques jours d'hospitalisation dans un service de médecine générale il est transféré dans le service.

Voici quelques détails sur son état en Août 1970, au moment de son entrée à l'Hôpital Psychiatrique ;

Sur le plan neurologique existent :

- des troubles de la coordination des membres supérieurs
- pas de signes de Babinski
- l'impotence est totale. Existent des troubles de la vision et de la parole.

Les données du dernier électro-encéphalogramme d'Août 1970 étaient les suivantes :

"Pratiqué cinq jours après une nouvelle crise d'épilepsie, le tracé ne s'est pas modifié. Il se caractérise toujours par la lenteur de l'activité alpha qui est toujours assez abondante, assez stable, largement répartie, et par la présence d'anomalies mineures au niveau du foyer de l'intervention. Ces anomalies sont représentées par des ondes à front raides dégradées et quelques ondes lentes. Il n'y a pas de signes francs d'activité paroxystique".

C'est à ce moment, en Août 1970, qu'on demande un transfert dans le service de neuro-chirurgie où l'intervention avait eu lieu en 1964, pour un nouveau bilan, et c'est en Octobre 1970 que Monsieur G... revient dans le service qu'il ne quittera vraisemblablement plus. C'est là que nous le voyons en 1973 où, effectivement, la possibilité d'une sortie semble ne pas pouvoir être envisagée.

Donnons les résultats d'un électroencéphalogramme fait en Février 1971. C'est le dixième enregistrement depuis le 5 Août 1970.

"Le tracé s'est amélioré, l'activité alpha est plus stable, moins ample, moins aigue que la fois dernière ; on n'enregistre plus d'ondes à front raide, même dégradées. Les seules anomalies enregistrées sont représentées par une modification mineure de l'activité de base qui est un peu plus lente, plus instable, parfois un peu plus aigue au niveau de l'intervention. La stimulation lumineuse intermittente est normalement supportée".

Examen Psychiatrique -

Monsieur G... apparaît comme fatigué, prématurément vieilli, accusant une grande instabilité voisine, par instants, de la turbulence qui alterne d'ailleurs avec une activité des plus réduites et faite, le plus souvent, de conduites absurdes. Il est apathique, indifférent, avec perte de toute affect envers qui que ce soit. Sa tenue révèle une incurie certaine allant vers le gâtisme.

L'attention est impossible à fixer, les consignes simples ne sont pas comprises et le langage est gravement perturbé : les mots sont mal articulés et sont prononcés au hasard, sans aucun rapport avec la situation réelle. Il existe une désorientation temporo-spatiale complète et un potentiel mnésique effondré.

Le jugement, le raisonnement, et tout ce qui représente les valeurs éthiques, logiques et sociales, qui sont des valeurs proprement humaines, sont inexistantes.

Cet examen a été fait en dehors d'une comitialité bien contrôlée sur le plan thérapeutique, mais dont l'évolution n'est pas sans rapport avec le tableau de détérioration qui vient d'être décrit et sur lequel il ne nous paraît pas nécessaire de nous appesantir davantage.

L'examen neurologique sommaire fait apparaître :

- une raideur des membres
- des troubles de la coordination des membres supérieurs, avec élargissement du polygone de sus-tentation.

Existent :

- des tremblements généralisés
- une hyperéflectivité des quatre membres
- un signe de Babinski à gauche

CONCLUSIONS -

Etat démentiel d'origine traumatique avec comitialité associée chez un traumatisé crânien de 52 ans pour lequel une intervention a été faite il y a 9 ans (Lobectomie). Evolution progressive vers un état de déchéance profonde et massive confinant au gâtisme.

Nous avons donc donné en illustration de ce que nous avons essayé de dégager théoriquement, deux exemples d'Etats déficitaires. En référence au plan que nous avons énoncé, ils apparaissent tous deux comme des séquelles particulièrement graves des traumatismes crâniens et appartiennent au Domaine de la Démence traumatique vraie, bien que nous puissions, à partir de l'un des cas cités, nous demander quelle est la valeur, dans le tableau déficitaire constaté, d'un mécanisme vasculaire associé au traumatisme.

Nous posons, pour principe, que tout au long du développement de la personnalité, se constitue un capital de valeurs logiques qu'on appelle "Fonds Mental".

Celui-ci doit se référer au système logique qui assume les lois de la pensée commune, mais selon H. EY, ce "Fonds Mental" est également incorporé au sujet dont il constitue le Statut Personnel ou "l'Etre raisonnable". Dans la définition et même dans l'utilisation du terme fonds mental, nous savons que nous introduisons une notion ambigue et, sans doute, sujette à critiques.

Dans l'optique précédente, on peut être amené à énoncer que ce fonds mental est noyau de la connaissance raisonnable qui constitue la structure logique du MOI, l'organisation même du sujet comme artisan de système de valeurs. Ce fonds mental, système de valeurs, est aussi un système de références auquel le sujet se rapporte dans l'exercice de son propre jugement. C'est cette profonde altération de l'Etre raisonnable qui, privant le Dément de son jugement, le réduit à n'être plus personne. La séméiologie de l'Etat Démentiel dans sa désagrégation exprime cette profonde régression de l'Etre raisonnable. La personnalité du Dément a cessé d'être organisée comme celle d'un être à valeur sociale soumis aux lois de la raison. Le Dément est un être qui se place en dehors des impératifs logiques, éthiques et sociaux. On peut dire que dans la Psychiatrie, la démence réalise la "Deshumanisation" la plus grave de l'homme.

Tout le capital acquis a été ainsi, en quelques instants, effondré et plongé dans la situation traumatique et, ce qu'il nous a été donné de constater, c'est le résultat de l'évolution gravative progressive d'un processus de désintégration, de désorganisation et de destructuration de la Personnalité.

La dynamique interne de la Personnalité a été irréversiblement atteinte dans ses lois, alors que la Personnalité pré-traumatique était probablement intacte, évoluant suivant une dynamique personnelle propre. Le traumatisme qui est la source de l'effondrement de la Personnalité pose, en termes nouveaux et particulièrement graves, le problème de l'homme et de son devoir.

Ce qui caractérise le "MOI démentiel" c'est, non seulement l'atteinte de ses capacités actuelles d'organisation de sa pensée, mais aussi l'atteinte de son capital intellectuel de valeurs logiques et raisonnables. Le "MOI démentiel" installé va exclure le dément de la Société, va contribuer à son aliénation, réalisant ainsi une ségrégation liée au hasard ou à la mauvaise fortune du déterminisme du traumatisme crânien et de ses conséquences.

II - Problèmes posés par la décompensation des états psycho-névrotiques latents -

a) Incidence dans les psychoses -

OBSERVATION Nº 3 -

Circonstances d'hospitalisation -

Monsieur S... est admis en 1971 dans un service psychiatrique. Une demande de placement volontaire est à l'origine de son admission.

Histoire de la maladie -

- Biographie -

Monsieur S... est né en 1930 . Il est âgé de 43 ans. Nous ne possédons sur lui que peu de renseignements biographiques. En ce qui concerne sa vie sentimentale, nous savons qu'il s'est marié deux fois. Divorcé une première fois, père de trois enfants qui ont été confiés à leur mère, il s'est remarié en 1963.

Il est boiseur de son métier. Il a exercé ce métier, de façon intermittente, jusqu'en 1970. Son activité professionnelle discontinue est en rapport avec les troubles mentaux qu'il présente depuis 1959, date de début d'un processus psychotique.

- Antécédents -

Sur le plan somatique -

En 1970, il est victime d'un accident de travail. Il est blessé à la tête et son état nécessite une hospitalisation en milieu neuro-chirurgical où une intervention est faite pour un hématome extra-dural. Selon les renseignements fournis par le service neuro-chirurgical, il s'agirait d'une contusion temporale gauche.

Sur le plan psychiatrique -

1º) Avant le traumatisme

De nombreuses hospitalisations sont à noter. La première remonte à 1959. Il a alors 29 ans. C'est à cette date qu'apparait un délire de persécution, assez bien systématisé, polymorphe dans ses mécanismes.

A cet épisode délirant fécond, succède une période de rémission qui permet la sortie ainsi qu'une reprise du travail.

En 1961, il fait une rechute délirante et il est à nouveau hospitalisé pendant une assez longue période. Le délire se précise. C'est essentiellement un délire de persécution dont les mécanismes sont à la fois hallucinatoires, interprétatifs, intuitifs, et qui apparaît comme faisant partie d'une psychose à évolution progressive se développant chez un sujet dont le fonds de la personnalité appartient au caractère paranoïaque. Il reprend une activité professionnelle à sa sortie et bien que subdélirant, il mène une vienen apparence normale jusqu'en 1968, date de la troisième hospitalisation psychiatrique. Son nouveau séjour à l'hôpital motivé par la rechute délirante d'une psychose paranoïaque est de courte durée. Il reprend à nouveau son travail et il accepte de venir régulièrement en consultation au dispensaire et de suivre un traitement neuroleptique. C'est dans ce contexte que survient le traumatisme crânien décrit précédemment.

2º) Après le traumatisme

On note quelques modifications qui concernent les thèmes et l'évolution de la psychose.

Après l'intervention chirurgicale, il rentre chez lui et il ne reprendra pas son travail car le délire qui était à peu près stabilisé antérieurement prend alors une dimension importante et est au coeur de l'attitude et des propos que tient Monsieur S...

C'est dans ces conditions et donc à propos d'une nouvelle rechute délirante qu'il est hospitalisé en 1971, ceci pour la quatrième fois.

De 1971 à 1973, il n'y a pas eu de sortie possible, alors que précédemment les épisodes délirants féconds étaient suivis d'une rémission suffisamment importante pour permettre la sortie. Les permissions ont été quasiment impossibles tant étaient grandes la revendication et les possibilités d'auto-agression ou d'hétéro-agression. A la persécution, thème central du délire, sont venues s'ajouter une quérulence extrême ainsi que des revendications incessantes et majeures qui ont pour support le traumatisme crânien vécu par lui comme étant à l'origine de son hospitalisation, et comme explication de cette hospitalisation qu'il estime profondément injuste "si je suis ici, c'est à cause de cet accident, s'il n'y avait pas eu cela, il y a longtemps que je retravaillerais", explique-t-il.

Cette conviction délirante complexe a entraîné, chez ce malade de caractère paranoïaque, des démarches auprès des Institutions Sociales, dont il se sent être, à juste titre -

dit-il - la victime. Ces démarches ont été avant tout une attitude de protestation voisine du scandale et ont concerné préférentiellement la sécurité sociale, ainsi que les services préfectoraux s'occupant des Pensions versées aux mutilés du travail dont il pense dépendre. S'il est vrai, en pure logique, que l'accident survenu en 1970 était un accident du travail, il n'en est pas moins vrai que Monsieur S... présente, depuis 1959 , une psychose paranoïaque qui semble s'être aggravée précisément depuis 1970, date du traumatisme crânien. Depuis 1970 jusqu'à sa quatrième hospitalisation en 1971, il avait cessé de voir un médecin et de suivre un traitement neuroleptique. Les manifestations de scandale dont nous avons parlé sont des manifestations excessives dans leur expression et répondent bien à l'attitude psycho-rigide du malade et, comme nous l'avons déjà dit, s'inscrivent dans une structure paranoïaque. Elles montrent aussi que nous avons à faire à un délire assez bien systématisé,assez bien organisé, avec respect d'une certaine logique qui est, certes,une logique délirante et où une symptomatologie déficitaire qui serait en rapport avec le traumatisme crânien et l'intervention pratiquée est à exclure.

En rapport direct avec le traumatisme, sont à noter, depuis 1972, des anomalies du tracé électroencéphalographique. Voici ce que dit le compte rendu d'un tracé effectué en Février 1972 :

"Cinquième tracé depuis Novembre 1971. Le tracé s'est notablement altéré.

On trouve, en effet, au niveau du foyer d'intervention une activité delta-polymorphe, souvent à front raide, interprétée comme des signes post-contusionnels faisant craindre la constitution d'un foyer épileptique. C'est là l'hypothèse la plus vraisemblable".

Une thérapeutique anti-comitiale est alors établie.

Examen Psychiatrique -

Monsieur S... a une présentation relativement soignée. Il se montre d'emblée réticent, méfiant, vigilant. Apparaît, alors, une quérulence qui est majeure et qui est l'essentiel du discours de Monsieur S...

Il adopte une attitude psycho-rigide, avec négation de toute maladie et mise en accusation des différentes institutions sociales, quant à la responsabilité de son hospitalisation.

Disons que malgré une neuroleptisation assez forte, Monsieur S... est parfaitement sthénique. Il proteste contre son traitement et se croit autorisé à faire un choix parmi les médicaments qu'on lui donne. "Il y a des médicaments qui sont bons, d'autres qui sont mauvais", et il affirme que "c'était prévu par la machine que son traitement ne devait pas se prolonger plus de trois ans". Tous ces propos reposent, bien sûr, sur des convictions délirantes.

Il dit aussi être parfaitement en état de travailler. "Il est un très bon ouvrier, il a de très bons certificats.

Il propose, d'ailleurs, de nous les montrer pour faire ainsi la preuve de ses dires.

Derrière cette attitude de protestation continuelle apparaît le fond délirant dont le thème majeur est la persécution. Contre lui, tout le monde se déchaîne, alors qu'il n'a vraiment rien à se reprocher.

On lui lance des gaz fumigènes. Il ne sait pas qui les lui envoie, mais il saura bien trouver le coupable et se faire justice lui-même".

Derrière la quérulence et les revendications, on retrouve les thèmes et les mécanismes du délire qui sont, à la fois, des hallucinations psycho-sensorielles et des interprétations délirantes. Les thèmes dominants sont des thèmes de persécution et des thèmes d'influence, comme le traduisent les propos qu'il tient.

"Ils ("Ils" désignent les persécuteurs qui ne sont pas nommés et qu'il dit ne pas connaître) s'amusent - ils font des expériences - çà me fatigue".

"On veut me faire passer pour un autre - on veut me blouser - je suis sous l'influence des lasers" dit-il. "Il a du morse dans la tête".

Tel est l'essentiel de son discours.

CONCLUSIONS -

Psychose paranoïaque évoluant depuis 14 ans, avec épisodes délirants féconds suivis de périodes de rémission.

Aggravation du délire avec revendication majeure et apragmatisme depuis trois ans, cette aggravation étant en rapport direct avec le traumatisme crânien (intervention pour hématome extra-dural). Enrichissement et remaniement de la thématique délirante avec absence de rémission, malgré le traitement neuroleptique.

Le pronostic d'avenir reste très réservé.

---

b) Personnalités Psychopathiques -

OBSERVATION Nº 4 -

Circonstances d'Hospitalisation -

Monsieur F... est amené en urgence à l'Hôpital Psychiatrique à la suite d'une altercation avec son Employeur.

Histoire Psychiatrique -

- Biographie -

Monsieur F... est né en 1942. Il a actuellement 31 ans. Il est le cinquième d'une fratrie de six. Il semble surtout attaché à sa plus jeune soeur de 24 ans qui, dit-il, est tellement traumatisée par le divorce de ses parents qu'elle ne veut pas se marier.

Il a été en classe jusqu'à 14 ans mais il n'a pas eu le C.E.P., l'instituteur estimant qu'il valait mieux qu'il travaille tout de suite.

Son père l'a donc pris avec lui, puis l'aurait mis tout seul à s'occuper d'une ferme qu'il venait d'acheter. Comme les heurts étaient fréquents entre le père et le fils, ce dernier est parti travailler chez un maraîcher mais il a trouvé ce travail extrêmement dur.

En 1960, il fait une Formation Professionnelle Accélérée de monteur en Chauffage Central et il travaille un an dans cette branche avant de partir au Service Militaire.

Il fait ce dernier en Allemagne, de Mai 1962 à Septembre 1963. C'est pendant cette période qu'une amie d'enfance lui écrit et lui annonce qu'elle est enceinte. Plein de générosité il l'épouse à son retour, un peu aussi, avoue-til, pour échapper à sa famille. Mais il semble le regretter : "Si on me le demandait, je déconseillerais d'épouser une mère célibataire".

Il trouve que sa femme devrait lui être davantage reconnaissante de ce qu'il a fait pour elle. Quoi qu'il ensoit, il a eu avec elle quatre autres enfants.

Du point de vue professionnel, depuis son retour du Service Militaire, il est excessivement instable.

Il a abandonné rapidement son emploi de monteur en chauffage central parce que "çà ne payait pas assez".

Il se met alors chauffeur routier mais il changé, là aussi, assez souvent d'Employeur.

Son père, qui a actuellement 60 ans, est Entrepreneur de jardinage. La mésentente est complète entre le père et le fils Monsieur F... décrit son père comme un homme très dur, très autoritaire, ayant toujours considéré ses enfants comme des "boulets à traîner". Actuellement il refuse de prendre ses enfants dans son Entreprise alors qu'il a besoin d'ouvriers. Le père et le fils n'ont pratiquement plus de relations.

Sa mère, qui a également 60 ans, est vendeuse et vit chez une de ses filles, à PARIS. En effet, les parents ont divorcé il y a quelques années, divorce qui a été très mal vécu

par Monsieur F... estimant qu'il était très mal, de la part de son père, d'attendre que les enfants soient partis pour se séparer de sa femme. D'autre part, les enfants sont contre le désir de leur mère de se remarier.

- Antécédents -

Il y a 18 mois il a eu un accident de la circulation, son semi-remorque s'étant renversé dans un virage. Il n'a pas eu de fractures ni de traumatisme crânien, mais des lésions au niveau de la colonne cervicale.

Il a fait un essai de reprise de travail de 3 semaines qui a été un échec, mais la Sécurité Sociale lui a supprimé ses indemnités journalières depuis le 4 Février 1972, le Médecin Conseil estimant qu'il pouvait reprendre un travail.

- Examen Psychiatrique -

Monsieur F... est un homme de 30 ans, paraissant physiquement en pleine forme. Il est ici à la suite d'une altercation avec son Employeur. Voici sa version des faits : la Sécurité Sociale lui ayant supprimé ses indemnités journalières, Monsieur F... est allé voir son Employeur pour un emploi à l'atelier (ce qui ne l'enchantait guère puisqu'il ne peut plus être chauffeur).

L' Employeur aurait prétendu qu'actuellement il n'avait pas d'emploi disponible pour lui. Monsieur F... lui a alors demandé une attestation pour s'inscrire au chômage, mais l'Employeur ne semblait pas d'accord. Il s'en est alors suivi une discussion assez vive et Monsieur F... aurait été mis à la porte violemment par son Employeur et serait tombé dans l'escalier, ce qui aurait, bien sûr, aggravé son état antérieur. Il se montre extrêmement revendicant, exigeant de sa femme qu'elle aille porter plainte, bien que l'Employeur et les témoins possibles aient donné une version différente.

Monsieur F... se montre d'emblée assez méfiant et très réticent également devant le surveillant qui remplit sa fiche biographique, se demandant pourquoi on lui pose toutes ces questions et finalement termine en disant (la dernière question concernant les revenus) : " tout çà c'était pour savoir combien je gagne".

Pourtant, lors des entretiens les jours suivants, le contact est facile et plutôt bon. Il semble découragé, mais, bien sûr, tout ce qui lui arrive est la conséquence de cet accident.

Maintenant il est "foutu", il nepourra jamais reprendre le métier de chauffeur, il sera obligé de se contenter d'emplois "qui ne paient pas".

Il est très agressif vis-à-vis de son Employeur et des Employeurs en général qui sont tous des exploiteurs ; de la Sécurité Sociale qui ne reconnaît pas qu'il est diminué physiquement et qu'il souffre de céphalées et de douleurs multiples l'empêchant de travailler. Un reclassement professionnel avait été envisagé mais il a plus ou moins refusé, prétextant les délais d'attente assez longs.

Se montre également très agressif envers sa femme qui ne le comprend pas et ne cherche pas à l'aider. Difficultés également sur le plan sexuel.

Un entretien avec Madame F... confirme la mésentente conjugale :"nous restons ensemble à cause des enfants". Elle lui

reproche essentiellement :

- d'être très instable, tant du point de vue professionnel qu'à la maison. Il change de voiture tous les deux mois, simplement parce qu'elles ne lui plaisent plus

- d'être autoritaire. Il ne supporte absolument pas la contradiction: "il a toujours raison"

- d'être violent. Lui-même avoue avoir enfoncé une porte sous la colère: "il valait mieux que ce soit la porte plutôt que ma femme".

Tous ces traits de caractère n'ont fait que s'accentuer depuis son accident.

Examen somatique -

Petite douleur au niveau du sacrum. La radiographie de la colonne ne montre pas d'anomalies.

CONCLUSIONS -

Revendication, méfiance, apparente sthénicité chez un malade ayant présenté un traumatisme cervical bénin.

Personnalité de structure paranoïaque qui pose le problème d'une décompensation possible, le traumatisme ayant été l'évènement déclenchant dont il cherche, assez consciemment l'exploitation.

OBSERVATION Nº 5 -

Circonstances d'Hospitalisation -

Monsieur T... est admis dans le Service au début de l'année 1973 pour une ingestion, relativement modérée, de barbituriques. En fait, après avoir absorbé quelques comprimés il

s'est violemment disputé avec sa mère qu'il aurait plus ou moins maltraitée. C'est sa cinquième hospitalisation depuis IO mois.

Histoire de la Maladie -

- Biographie -

Monsieur T... est né en I942. Il a actuellement 3I ans. Son père était d'origine portugaise. Il était maçon de son métier. Il est décédé en I962 à la suite d'un accident de voiture.

Sa mère était cuisinière. Elle est actuellement devenue impotente à la suite d'une Périarthrite chronique évolutive. Il a un frère plus âgé que lui.

Il a été en classe jusqu'à l'âge de I4 ans. Il a obtenu son C.E.P. Il travaille jusqu'à I7 ans dans un Grand Magasin parisien.

En I962, il fait son Service Militaire et part au TCHAD.

Histoire neuro-psychiatrique -

C'est en I963, alors qu'il est au Service Militaire qu'il fait une chute et est blessé à la tête. Il est hospitalisé dans un état sévère en milieu neuro-chirurgical. Il restera en effet IO jours dans le coma. Une intervention est faite pour un hématome extra-dural. Nous ne possédons aucun renseignement supplémentaire sur le siège de l'intervention et les circonstances de l'hospitalisation. Depuis dix ans il n'a jamais repris une activité professionnelle régulière. Toutes les tentatives faites dans ce sens, depuis I963, se sont soldées par des échecs. Est alors apparue, de façon évidente et se situant dans le temps comme secondaire à l'intervention chirurgicale de I963, une oisiveté doublée d'un éthylisme chronique.

Plusieurs cures de désintoxication ont été faites au

cours de l'année I964. On note, en I966, une première hospitalisation en milieu psychiatrique.

Depuis I97I, c'est-à-dire depuis 2 ans, sont apparues des crises épileptiques vraisemblablement en rapport avec l'existence d'un foyer épileptogène sur la cicatrice de l'intervention. Ces manifestations comitales ont entraîné deux hospitalisations dans un Service de médecine générale, l'une en I97I, l'autre au début de I972.

Mises à part les cures de désintoxication de I964, l'hospitalisation psychiatrique de I966, les deux hospitalisations de I97I et de I972, c'est depuis Avril I972 que les hospitalisations en milieu psychiatrique vont se succèder, expliquées à la fois par une instabilité, une impulsivité, d'autant plus importantes qu'il s'agit d'un éthylique plus ou moins chronique, devenu épileptique depuis 2 ans.

En Avril I972 il est admis dans le Service en état d'ivresse. Il sort deux mois plus tard. Sa sortie a pu être aménagée et un placement dans un foyer de post-cure pour éthyliques a été prévu. Il sort en Juin pour s'y rendre.

Ce qui est apparu, au cours de ces deux mois d'hospitalisation, c'est que tout se passe bien tant que Monsieur T... reste dans le Service. Il se montre charmeur, a un excellent contact avec tout le monde. Il se rend régulièrement à l'ergothérapie pour se distraire, s'intéressant tantôt aux émaux, tantôt à la poterie. Deux permissions, au cours de ces deux mois, lui ont été accordées pour se rendre dans sa famille. Ces permissions se sont soldées par un échec relatif car il n'a pas su résister à

son désir de boire, mais cependant il est revenu dans le Service, ivre à chaque fois, et repentant, prêt à faire toutes les promesses possibles, promesses qu'on ne lui demandait d'ailleurs pas.

Il réintègre le Service un mois après sa sortie, c'est-à-dire en Juillet I972. Il a été ramassé sur la voie publique à la suite "d'un malaise". Ce malaise était probablement dû à une crise d'épilepsie associée à une imprégnation éthylique. Il dit ne pas s'être plû au foyer de post-cure où il avait été envoyé il y a un mois. Le climat du centre ne lui plaisait pas, dit-il, et, tout simplement, lors d'une permission accordée par ce Centre il a oublié de revenir. Son séjour au Centre a donc été de courte durée, et pendant les quelques semaines qu'il a passé dehors, il s'est livré de nouveau à ses habitudes éthyliques, rançonnant quelque peu sa pauvre mère et lassant la sollicitude de son frère.

A son entrée en Juillet I972, il est légèrement confus, désorienté. Par ailleurs, reste toujours posé le problème de la comitialité, et de son association avec un éthylisme chronique dont on retrouve, à l'examen, de nombreux signes patents.

Comme lors de son premier séjour, son comportement dans le Service est parfait. Il est serviable, il fait des projets de sortie et envisage même un travail dans une Fromagerie. Puis, lors d'une permission accordée, il ne revient pas, abandonnant d'un coup des projets et des promesses qu'il savait ne pas pouvoir tenir. En Septembre I972 il est donc déclaré sortant, contre avis médical, mettant ainsi fin, de lui-même, à son deuxième séjour qui avait, comme le précédent, duré environ deux mois.

Il revient, pour la troisième fois depuis Avril I972,

quelques jours après sa deuxième sortie. Il est, cette fois, adressé par un Hôpital parisien où il avait été admis en urgence pour une chute sur la voie publique, chute qui est liée à une comitialité secondaire à l'intervention pratiquée en I963, et non associée, cette fois - selon ses dires - à un excès de boisson, mais peut-on le croire?

Il déclare également ne pas vouloir rester longtemps à l'Hôpital, car il souhaite travailler et garder son emploi, affirme-t-il. Un nouveau placement dans un Centre de post-cure, différent du premier, est envisagé. Il accepte avec une docilité extrême ce placement, avec lequel il est en apparence d'accord, et, avant que ce placement ne lui soit précisé, il fait une fugue mettant fin encore une fois de lui-même aux projets faits, projets qu'il ne peut pas assumer apparemment. Il est à nouveau, quelques jours après sa troisième admission, déclaré sortant contre avis médical, ceci en Octobre I972. Nous le retrouvons dans le Service pour la quatrième fois en Décembre I972. Malgré la fugue précédemment décrite et qui semblait vouloir annoncer qu'il n'était pas prêt à accepter le placement envisagé, il a quand même rejoint le Centre prévu, où il a passé environ six semaines.

Il revient en Décembre I972 passer un jour dans le Service où il commence à être bien connu. C'est, en effet, à l'occasion d'une permission accordée par le Centre de post-cure, pour les fêtes de fin d'année, que ça c'est mal passé. Il n'a pas bu, cette fois, mais a avalé, dans la journée, quelques comprimés d'un somnifère quelconque, ce qui a motivé son admission et

affolé son entourage. Il quitte le Service le lendemain et il repart, dit-il, en principe au Centre où il était placé auparavant. Ce n'est qu'une promesse car, au début de Janvier 1973, il est à nouveau hospitalisé. Il ne s'est pas rendu au Centre de post-cure comme il l'avait annoncé. Sa difficulté d'insertion sociale ne s'est pas manifestée par un état d'ivresse mais, comme nous l'avons dit au début de l'observation, par un état voisin de l'ivresse, dû à l'absorption de barbituriques, absorption d'ailleurs semblable à celle de la fois précédente, c'est-à-dire limitée à quelques comprimés et qui a entraîné un état de conscience altéré lui permettant de passer à l'acte, c'est-à-dire de brutaliser sa mère.

Examen psychiatrique -

Nous ne saurions le développer longuement.

L'examen se résume, en fait, au récit de son histoire psychiatrique depuis 10 ans. Ce récit nous permet de le situer sur un plan nosographique et, d'autre part, nous permet d'essayer de voir ce qu'il peut accepter de la Société, puisqu'il se situe pratiquement toujours de façon marginale, par rapport à cette Société et à ses contraintes.

Ce qui apparaît, lors de l'examen, outre le récit qu'il nous fait, c'est une attitude constante de séduction, une attitude d'acquiescement, de docilité extrême. Il ne cherche surtout pas le conflit avec le médecin, mais il résoud, en fait, les conflits qui se posent à chaque hospitalisation ou à chaque placement, par une attitude de fuite devant ce qu'il croit lui avoir été demandé, c'est-à-dire travailler, ne plus boire, organiser sa vie conformément aux normes de la Société.

Depuis 10 ans il n'a fait que prouver son incapacité à se modeler, à ne pas attirer l'attention. Il boit, et cet excès de boisson, peut-être en régression actuellement, est associé à une comitialité qui se développe depuis deux ans, et qui est elle-même aggravée par l'éthylisme. Il veut de l'argent pour boire, il n'en a pas parce qu'il ne travaille pas, et pour en avoir il utilise le chantage ou la violence envers ses proches, c'est-à-dire sa mère et son frère.

S'il a renoncé un peu à boire, il s'est mis à avaler des médicaments, et, préférentiellement des somnifères.

Est à noter, aussi, outre la séduction, un manièrisme dans les propos. Il minaude, lors de son récit. De plus, outre l'attitude perverse qu'il a envers ses proches, est à considérer une forte composante homosexuelle.

CONCLUSIONS -

Personnalité psychopathique typique où se trouvent associés : l'éthylisme, la comitialité, l'oisiveté, l'homosexualité. Nombreuses hospitalisations psychiatriques depuis 10 ans, date de l'intervention pour un hématome extra-dural. Le pronostic d'avenir reste très mauvais. Il existe une déchéance sociale progressive, et de plus en plus profonde, et cela chez un jeune psychopathe de 31 ans.

OBSERVATION Nº 6-

Circonstance d'Hospitalisation -

Monsieur M... est hospitalisé à la fin de l'année 1972, à la suite d'une absorption de barbituriques mélangés à des tranquilisants. En fait, il s'agit d'une ingestion limitée à quelques comprimés et qui apparaît être l'équivalent d'une tentative de suicide car, selon ses dires, une absorption massive aurait été moins efficace qu'une intoxication progressive.

Histoire de la maladie -

- Biographie -

Monsieur M... est né en 1939. Il est alors âgé de 34 ans. Il a été élevé presque uniquement par sa mère puisque son père est décédé alors qu'il avait 18 mois.

Il fait des études primaires dans divers pensionnats. Il obtient le C.E.P. à 15 ans, ayant échoué l'année précédente. Il va ensuite au Cours Complémentaire jusqu'en 4ème.

Jusqu'à l'âge de 20 ans, il vit chez sa mère "dans ses jupons" dit-il. Il la quitte pour effectuer son Service Militaire en Allemagne. A son retour, il reste 8 mois au chômage. Il trouve finalement une place chez un Pépiniériste où il commence à travailler en qualité d'ouvrier agricole. Aujourd'hui il est cadre, toujours dans la même maison où il est représentant.

Il a 23 ans lorsqu'il fait connaissance de sa femme ; il l'épousera deux ans plus tard, c'est-à-dire lorsqu'il aura 25 ans.

Antécédents

Iº) Sur le plan somatique -

En 1965, c'est-à-dire il y a 8 ans, il est victime d'un accident de voiture avec traumatisme cervical apparemment bénin.

Il fait, l'année suivante en 1966, une hémiplégie dont l'origine paraît assez mystérieuse. L'hypothèse d'une hémiplégie hystérique ou d'une hémiplégie ayant valeur d'appel ne semble pas devoir être exclue. Depuis 1965 il se plaint de douleurs cervicales continues, très certainement majorées ou utilisées suivant les circonstances L'examen somatique et radiologique est négatif et les douleurs, bien que retrouvées, n'ont aucun support objectif.

2º) Sur le plan psychiatrique -

Il n'y a aucun antécédent pathologique jusqu'en Février 1972, date où il fait une brusque crise d'agitation psychomotrice qui est à l'origine de sa première admission en urgence à l'Hôpital psychiatrique.

Il aurait fait auparavant d'autres crises survenant probablement lors de situations conflictuelles mais qui, jusqu'alors, avaient été tolérées par son entourage.

Lors de son entrée dans le Service au début de l'année 1972 il apparaît comme un sujet très sthénique, conscient de "son déséquilibre" qu'il cherche à expliquer en invoquant l'incompréhension de sa mère et des gens qu'il cotoie ; on note chez lui une certaine tendance à se sentir persécuté.

Afin de compléter le diagnostic chez ce malade de 34 ans, vaguement persécuté, majorant les douleurs cervicales en rapport avec un traumatisme cervical bénin, chez lequel le contact est difficile, qui est, de plus, dysthymique, on demande, lors de sa première hospitalisation, un examen psychologique complet dont nous donnons le compte-rendu.

Comportement durant l'entretien et l'examen -

Attitude de vigilance extrême avectrès grande méfiance - Coopération contrainte - Besoin de tout justifier. Minimise ses

troubles et ses actes. Exprime des propos qui peuvent paraître cohérents mais qui semblent être liés à une structure sub-délirante plus ou moins habilement camouflée. Bon contact apparent mais, en fait, très réticent et avec tendance primaire à interpréter dans un sens persécutif : "Je croyais que vous me tendiez un piège !".

Résultat aux tests -

Sur le plan intellectuel - il présente un niveau d'intelligence légèrement supérieur à la moyenne normale avec :

- au test Binet-Pichot un quotient intellectuel verbal égal à III -

- au test D 48 un quotient intellectuel égal à 110 -

Sur le plan pathologique - le test du RORSCHACH met en évidence une structure paranoïaque caractéristique, avec hyper-rigidité de la logique et du jugement, attitude d'hypertrophie du moi, égocentrisme et référence personnelle incessante, besoin de justification de tout, jusqu'à l'absurde (à la limite de l'activité délirante) et besoin de domination. Les problèmes sexuels sont prédominants avec homosexualité latente. L'impressionnabilité est importante, mais niée, et les mécanismes de défense sont la projection et la tendance interprétative systématique.L'agressivité explosive est latente.

On peut dire, en conclusion de l'examen psychologique qu'il s'agit d'un paranoïaque (sub-délirant) qui est encore probablement assez dangereux. Pronostic d'avenir plus que réservé.

Il sort en Mars 1972 et reprend son travail promettant de se faire suivre au dispensaire. A sa sortie, certes, les éléments dépressifs et les plaintes somatiques ont disparu, mais reste le problème posé par la structure paranoïaque de sa personnalité.

Examen Psychiatrique -

Lors de sa deuxième admission, survenue à la suite d'un équivalent suicidaire, on se trouve face à un malade d'approche difficile, chez lequel les possibilités relationnelles, compte-tenu de ce qui vient d'être dit précédemment, sont assez réduites d'emblée.

Il se cache sous ses couvertures et refuse violemment tout examen. La présentation est correcte, l'humeur apparaît dépressive, voisine de l'agitation anxieuse. Progressivement, au cours de l'entretien, il se calme et le désir de dialogue l'emporte sur le refus. Apparaît alors une quête affective traduisant une immaturité profonde. Il évoque son enfance, reproche à sa mère l'éducation qu'elle lui a donnée. Il revient sans cesse sur le fait qu'elle l'a maintenu dans un état de dépendance infantile jusqu'à l'âge adulte.

Quant à l'origine de ses troubles, Monsieur M... fait allusion, comme il l'avait déjà fait lors de sa première admission, au traumatisme crânien de 1965 qu'il veut voir comme cause possible de son état actuel.

Il allègue des plaintes somatiques qu'il cerne mal, qui restent imprécises, probablement très majorées et exploitées parce qu'elles sont le support d'un bénéfice secondaire. La narration entrecoupée de sanglots - le ton employé est, le plus souvent agressif, les idées exprimées sont plus d'ordre revendicatif que d'ordre dépressif. Apparaîssent aussi, bien qu'encore imprécis, des thèmes délirants mégalomaniaques avec transmission de pensée, pouvoir sur l'esprit des autres.

CONCLUSIONS -

Psychose paranoïaque avec éléments dysthymiques actuellement encore bien compensés chez un sujet de 34 ans, dans les antécédents duquel on retrouve un traumatisme crânien qui est exploité assez consciemment comme support de plaintes somatiques majorées.

Pronostic d'avenir assez réservé étant donné la possibilité de décompensation délirante; des éléments subdélirants mégalomaniaques commençant d'ailleurs a être exprimés.

c) Les Névroses -

OBSERVATION Nº 7 -

Circonstances de l'examen -

Madame S... est examinée en Octobre I97I à la suite d'un accident survenu en I970. Cet accident s'est déroulé ainsi:

Elle traversait une rue lorsqu'elle a été brusquement soulevée par une voiture qui la renversa et la projeta sur la chaussée.

Elle a été hospitalisée quelques jours, mais l'examen clinique, la radiographie et l'électroencéphalogramme se sont révélés négatifs. Elle est donc sortie, mais depuis, elle présente des pertes de connaissance, des douleurs cervicales avec irradiation dans la région occipitale gauche. Une surdité temporaire a rétrocédé depuis.

Histoire de la malade -

Il s'agit d'une femme née en I930, en Italie, qui a une vie normale jusqu'à l'âge de I8 ans, puis elle travaille dans sa famille où des troubles du comportement apparaîssent.

Ensuite, elle se marie et a eu trois enfants. Elle vit en France depuis 20 ans où elle s'est bien intégrée, maintenant une vie familiale très italienne. Très réservée sur elle-même, et sans manifestations d'aucune sorte, Madame S... était, avant cet accident, d'un caractère enjoué et toujours souriante, chaleureuse, un peu méditerranéenne. Depuis l'accident elle a noté des modifications de sa personnalité. Il existe, d'une part:

Iº) Un syndrome subjectif avec douleurs cervicales, occipitales, insomnies, difficultés d'endormissement, concentration

sur la douleur.

2º) Des manifestations plus particulièrement névrotiques qui se sont déclenchées dans les mois qui ont suivi: surdité transitoire "crises décrites comme la montée d'une douleur avec vomissements secondaires surant 24 heures, non accompagnées de mouvements toniques ou cloniques. Lors de ces examens, au cours d'une de ses crises, on s'aperçoit qu'il s'agit, en fait, d'un coma hystérique. Il n'existe aucun signe de localisation.

A l'examen de l'intéressée, on note une discrète hyperéflectivité tendineuse, un léger tremblement des extrémités.

Pas de signe de ROMBERG. Au fonds d'oeil, les artères sont un peu grèles, les papilles sont normales.

Pas de Nystagmus.

La radiographie de la colonne cervicale est normale.

A l'examen cardio-vasculaire on retrouve des Extrasystoles. La tension artérielle est à I3/8 -

Evolution depuis I97I -

Pas de modification du tableau - évolution par crises avec aggravation souvent en relation avec des difficultés familiales ou professionnelles. Depuis cet accident on note de nombreuses périodes d'arrêt de travail allant jusqu'à deux mois, et qui amènent une amélioration. Le traitement par antidépresseurs ou par tranquilisants ne donne aucune amélioration.

CONCLUSION -

Il semble s'agir à la fois d'un syndrome subjectif post-traumatique, mais aussi d'une décompensation d'une personnalité hystérique, à la suite d'un accident de la circulation.

OBSERVATION Nº 8 -

Circonstances d'hospitalisation -

Monsieur V... est un malade bien connu du Service. Il est réadmis en Septembre 1972, à la suite d'une rechute traduite par des modifications thymiques associées à une reprise des habitudes éthyliques. C'est sa troisième hospitalisation en 6 mois.

Histoire de la maladie -

- Biographie -

Elle est assez chargée et permet de comprendre un peu mieux dans quel contexte ses hospitalisations en milieu psychiatrique se sont faites.

Monsieur V... est né en 1945. Il a actuellement 28 ans. Il est l'aîné d'une fratrie de trois enfants. C'est la perspective de sa future naissance qui a été à l'origine de l'union légitime de ses parents. Il a été élevé hors du foyer familial jusqu'à l'âge de huit ans. C'est sa marraine qui, jusqu'à cet âge, a été pour lui un substitut maternel. Il a une soeur sourde et muette. Il existe un important conflit avec ses parents, dont il critique la rigidité, et dont il reste très dépendant en ayant envers eux une attitude ambivalente constante. Il se plaint de leur froideur affective, des conditions dans lesquelles s'est déroulée son enfance. Cependant, il reste dépendant de leur jugement et, face à cette dépendance, il s'oppose de façon très infantile.

D'intelligence normale il a été régulièrement en classe; puis il a appris le métier de coiffeur. Il s'est installé en

ville grâce à l'aide financière de ses parents. Il s'est marié en I969, il avait alors 24 ans. Le couple n'a pas d'enfant.

Reconduisant envers sa femme sa quête affective et ses frustrations infantiles encore assez inconscientes, et loin d'être règlées, il a, envers elle, la même dépendance. Madame V... entre, d'ailleurs, plus ou moins involontairement dans son jeu, d'où la précarité du couple; elle le prend en tutelle, lui refusant un statut d'adulte. Elle le maintient dans l'état de dépendance qu'il souhaite, mais qu'il accepte mal, car il n'assume pas ses propres contradictions. Elle refuse d'avoir un enfant de lui en invoquant les désordres de son comportement, en particulier ses abus épisodiques de boissons alcoolisées. Elle refuse également de lui montrer les papiers concernant la gestion et l'exploitation de son commerce, le prétendant incapable de s'occuper lui-même, et de façon suffisamment cohérente et adaptée, de leurs intérêts communs.

Donc, le problème du couple, ou celui de l'existence d'un conflit conjugal, nié par Monsieur V..., bien qu'il l'explicite par ailleurs, et qu'il nous montre son refus d'en prendre conscience, est réellement posé, et ceci, dès sa première hospitalisation dans le Service, c'est-à-dire dès Février I972.

Il a, envers sa femme, une revendication affective majeure et jamais satisfaite. Il recherche davantage en elle, semble-t-il, une image ou un substitut maternel, sans la considérer comme une épouse à part entière et devant laquelle il se sentirait responsable, en tant qu'époux.

- Histoire Somatique -

En I968, il est victime, alors qu'il était au volant, d'un accident de voiture assez grave. Il a présenté de légers troubles de la conscience, mais c'est surtout la vue qui a été atteinte. Monsieur V... ne voit plus que d'un seul oeil. Bien que tous les examens pratiqués, lors des hospitalisations successives et également en ville, soient négatifs, Monsieur V... invoque comme séquelles de cet accident, des céphalées fréquentes, des accès hypertensifs réels, avec sudation importante.

Ces manifestations apparaîssent surtout dans un contexte émotionnel et sont majorées lors de toute situation anxiogène.

- Histoire Psychiatrique -

Aucun antécédent pathologique connu ayant nécessité une hospitalisation psychiatrique n'apparaît avant Février I972.

Certes, depuis le traumatisme crânien de I968, il semble y avoir eu décompensation progressive de la personnalité. Des excès de boisson alcoolisée ont commencé à mettre en évidence une angoisse devenue majeure et ainsi neutralisée. Une imprégnation éthylique épisodique est venue combler, temporairement, son désespoir et son besoin de réassurance devenu, semble-t-il, depuis l'accident, de plus en plus grand, face à des défenses habituelles quasiment effondrées. La perte d'un oeil et la blessure à la tête ont entraîné, dans le vécu du malade, l'apparition de fantasmes et une angoisse de castration probablement jusqu'alors refoulés et devenus subitement insupportables sans appoint éthylique. C'est dans ces conditions qu'il est huspitalisé pour la première fois en Février I972 pour une cure de désintoxication décidée,

semble-t-il, sur l'initiative de son médecin et en accord mutuel avec son épouse. Mais, en fait, son arrivée tardive dans la soirée, lors de sa première admission, montre que ce n'est pas sans hésiter qu'il a pris cette décision qui est d'ailleurs chargée du poids du désir qu'a sa femme de le voir entreprendre cette cure dont il conteste, au fond de lui-même, l'utilité.

Cette première hospitalisation, qui a duré près de deux mois, a permis de cerner un peu mieux les problèmes réels et de voir en quoi l'accident de 1968 a provoqué une décompensation sur un mode très névrotique, avec habitudes éthyliques associées, pour lutter contre le désespoir et l'angoisse réactivés par le traumatisme crânien chez un sujet de structure psychologique déjà fragile.

On a pu constater, lors de cette hospitalisation, des céphalées, des tremblements, et des accès hypertensifs qui sont apparus comme un mode d'échange et un mode d'expression psychosomatique de ses conflits internes et des situations émotionnelles. Est apparue clairement sa dépendance à l'égard de l'équipe soignante, image de sa dépendance envers ses parents et envers sa femme, ainsi que son besoin de réassurance continuel.

A la fin de son premier séjour, il aémis des projets, peut-être imprudents, qui étaient les suivants: vendre son fonds de commerce et devenir infirmier psychiatrique. Pourquoi une telle motivation ? Peut-être parce qu'il avait trouvé, lors de son premier séjour, qui était aussi son premier contact avec l'institution psychiatrique, un mode d'approche et d'identification à ses propres interrogations.

Donc, encore très fragile, il sort en Avril I972, décidé à se rendre régulièrement au dispensaire et à suivre un traitement tranquilisant. La thymie, à sa sortie, est un peu meilleure et lui a permis de faire des projets dont on peut se demander quel en sera le devenir. En particulier, les problèmes du couple, la dépendance envers ses parents, le refuge dans l'alcool, sont des problèmes inchangés à sa sortie, et le pronostic d'évolution est assez réservé. En effet, il revient de lui-même au début du mois de Juin passer huit jours dans le Service parce qu'il se sentait déprimé dit-il. La morosité de l'humeur semblerait en rapport avec l'échec qu'il a essuyé en se présentant à l'examen d'entrée des élèves infirmiers des Hôpitaux Psychiatriques.

Au cours de la semaine qu'il a passée dans le Service les problèmes essentiels n'ont pas pu être abordés. La demande réelle d'aide semble être restée cachée et avoir été masquée par une demande uniquement de médicaments.

Il revient pour la troisième fois en Septembre I972 pour un nouvel état dépressif avec éthylisme associé. Il explique en fait cette nouvelle rechute dépressive comme étant réactionnelle aux recherches d'emploi de son ouvrier. Il se sent incapable de travailler seul, d'être obligé de travailler sans cet ouvrier qu'il connaît depuis des années et il traduit bien là son incapacité à affronter seul les difficultés et à avoir un statut d'adulte indépendant.

Examen psychiatrique -

Nous le trouvons dans le Service au début de cette troisième rechute dépressive. Sa présentation est correcte et n'est

pas immédiatement évocatrice d'un désespoir profond. Certes, la thymie est dépressive, mais le visage reste expressif, non figé, et d'emblée les larmes se mêlent à son discours. Celui-ci est une alternance de plaintes somatiques où se retrouvent les céphalées, les tremblements apparus depuis son accident de voiture, et qui font l'objet d'une demande médicale immédiate, et d'idées plus franchement dépressives, d'où l'expression non voilée d'un désir de mort réelle.

Ecartelé entre les prises de conscience partielles de sa névrose, et les échecs survenus, tant dans sa vie personnelle (car son union conjugale - il le sent - va se dissoudre etqu'il va se retrouver seul, face à lui-même et à ses problèmes, ou bien seul face à ses parents avec lesquels la relation est difficile), que dans sa vie professionnelle où il se retrouve également seul, il exprime ses intentions suicidaires qui ont valeur, non pas tellement de chantage, mais surtout de détresse et d'appel au secours.

C'est dans ce sens, et dans ce contexte, que doivent être replacées les menaces, ou plutôt les convictions dont il nous fait part, de se supprimer. Bien sûr, s'il demande une compréhension ou une prise en charge étroite d'ordre psychothérapique, ainsi qu'une aide médicamenteuse, puisqu'il invoque et présente des malaises d'ordre psycho-somatiques, il faut savoir aussi que ce secours, encore mal exprimé et mal perçu, est aussi demandé à l'alcool qui, pour quelques heures, ramène l'euphorie et la réassurance.

Mais, d'autre part, l'alcool - il le sait - n'est qu'un

artifice et est d'autant plus mal supporté que l'imprégnation tend à être continue et qu'elle survient chez un traumatisé crânien ancien. Il nous raconte des excès éthyliques suivis d'une ivresse assez particulière avec troubles de la conscience, évoquant une destructuration de la personnalité et faisant penser à des ivresses avec agissements mal structurés et ambigus. Très particulière est aussi chez lui, au cours de son discours, la rumination mentale continue angoissante, entraînant l'insomnie et dans laquelle il est plongé, arrivant mal à émerger d'un certain nombre d'idées qui forment un cercle vicieux dont il ne sait comment sortir et où il s'enferme lui-même.

CONCLUSIONS -

Personnalité névrotique typique, avec décompensation d'ordre psycho-somatique, et avec éthylisme associé. Cette décompensation évoluant depuis 1968, c'est-à-dire depuis cinq ans, date où il est blessé à la tête et où il perd la vision d'un oeil.

Cet accident semble avoir été à l'origine de la réactivation de la névrose, telle qu'on la constate actuellement, avec angoisse extrême, rumination, thymie très dépressive allant jusqu'à l'expression d'idées suicidaires.

CONCLUSIONS

Ce travail avait pour but d'étudier les incidences ou les conséquences d'ordre psychiatrique de certaines variétés de traumatismes crânio-cérébraux ou crânio-vertébraux. Nous entendons par influence sur le champ de la psychiatrie, ce qui ressort de son domaine propre : d'une part le champ de la conscience ou champ phénoménal de l'expérience actuellement vécue, la capacité opérationnelle, d'autre part, le développement de l'être psychique, la personnalité, c'est-à-dire pour parler comme H. EY, l'organisation du moi comme "sujet de sa propre connaissance, comme artisan de son propre monde, comme auteur de sa propre personne, comme maître de son propre caractère".

A) - L'ANALYSE DES OBSERVATIONS -

Les huit observations que nous avons réunies ont un point commun : c'est le fait que ces malades ont, depuis ce traumatisme, eu "à faire" avec le psychiatre de manière prévalente.

Il ne s'agit donc pas de troubles de la période immédiatement post-traumatique ou de confusions aigues post-traumatiques, mais de l'évolution ultérieure de la maladie traumatique.

Iº) - dans deux observations (Observations nº I et nº 2) nous nous sommes trouvés devant deux cas de démences qui étaient des démences traumatiques vraies, profondes.

Elles étaient survenues chez des sujets jeunes, en pleine possession de leurs fonctions intellectuelles, affectivement bien équilibrés, socialement et professionnellement bien intégrés.

L'incidence du traumatisme a bouleversé de fond en comble cet équilibre, dilapidant d'un seul coup, et de manière définitive, ce capital de valeurs logiques qu'on appelle "fonds mental". Le "moi démentiel" s'est installé, soumis à ses lois propres, elles aussi irréversibles, où dominent l'insouciance, l'indifférence aux valeurs logiques, éthiques et sociales.

Nous avons là, non seulement, l'atteinte de ses capacités actuelles, l'organisation de la pensée, mais aussi l'atteinte de son capital intellectuel de valeurs logiques et raisonnables. Le malade se trouve exclu de la société et inclus dans le monde asilaire.

Dans les deux cas :

- la démence est massive
- avec incapacité opérationnelle
- désorganisation de l'affectivité

Il ne persiste plus aucun élément, seule une indifférence totale, béate, sans à-coups.

Dans les deux cas :

- une homosexualité active s'est révélée sans antécédents

et on peut l'interpréter comme une libération ou une régression.

2º) La troisième observation :

Elle est constituée par un cas de psychose authentique et authentifiée antérieurement. C'est un malade présentant une psychose paranoïaque évoluant par poussées, entraînant par moments, une hospitalisation, mais n'entravant que par périodes, la vie professionnelle.

Un hématome extra-dural en 1970 a entraîné un certain nombre de conséquences (hématome par accident du travail).

_ la psychose a gardé les mêmes thèmes

- mais elle s'est enrichie d' un nou veau thème sans intrication avec les autres ; le thème de la quérulence et de la revendication (à la Sécurité Sociale, aux mutilés du travail).
- sur le plan psychologique, peu ou pas intellectuellement de détérioration et, affectivement, pas de modification.

Mais c'est sur l'évolution de la psychose que l'on note :

- l'absence d'intervalle libre,
- la diminution de l'activité des neuroleptiques,
- l'apragmatisme,
- l'impossibilité de sortie.

Tous ces faits constituent des facteurs aggravants qui sont assez considérables.

Donc, il n'y a pas d'installation de psychose, mais aggravation et remaniement d'une psychose paranoïaque préexistante.

3º) - Les trois observations suivantes sont à regrouper dans le cadre de personnalitéspsychopathiques.

Dans ces trois cas, il s'agissait, soit de personnalités normales, soit de personnalités bien compensées ou contrôlées et qui, jusqu'à l'accident n'avaient manifesté aucun caractère

pathologique, ni dans le comportement familial, ni dans le comportement professionnel et social.

La survenue du traumatisme a cristallisé des traits latents et a entraîné la constitution d'une forme pathologique de personnalité, impulsivité et transformation dela sexualité, d'hétéro-sexuelle en homosexuelle avec déchéance sociale et éthylisme, réalisant un désiquilibre psychique pur avec instabilité (observation nº 5 Monsieur T...).

Dans l'observation suivante (observation nº 6 Monsieur M...) existaient antérieurement des traits paranoïaques, mais après le traumatisme, les interprétations sont devenues monnaie courante avec une modification de l'humeur dans un sens délirant.

L'observation n° 4 (Monsieur F...) s'est cristallisée elle aussi, plus dans le sens de la revendicationavec des éléments de simulation.

Les trois observations constituent donc une brusque décompensation.

4º) - Deux autres observations s'inscrivent dans le domaine des névroses :

- Dans la première observation (observation nº 7 Madame S...), il s'agit d'une femme d'origine méditerranéenne, bien intégrée jusqu'à son accident et qui, à partir de celui-ci, a révélé une névrose hystérique avec des manifestations pithiatiques critiques.

- Dans la dernière observation (observation nº 8 Monsieur V...) , le traumatisme a, là aussi, réactivé des éléments de troubles de développement de la personnalité ; immaturation, dépendance, régression à des satisfactions orales, réactivation de l'angoisse de castration. Tous cestraits existaient, mais il y avait une adaptation ainsi qu'un équilibre social et familial

Depuis la "décompensation névrotique", devenue chronique, il y a eu passage à un alcoolisme névrotique et une dissolution du foyer.

B) - L'IMPORTANCE DU TRAUMATISME -

Il n'est pas forcément l'élément le plus important pour apprécier les complications d'ordre psychiatrique. Il faut la conjonction du traumatisme et d'une personnalité préexistante pour que s'installe une symptomatologie purement psychiatrique.

Ces différentes observations montrent l'importance qu'il faudrait attacher à la prise en charge psychothérapique des traumatisés crâniens.

Un traumatisme crânien, même minime, n'est pas un évènement sans conséquences ni sans lendemain dans la dynamique d'une personnalité. C'est dire la nécessité d'adjoindre, dans les jours ou dans les semaines qui suivent le traumatisme, une voie d'abord psychiatrique à celles qui sont couramment adoptées.

Plus tard, l'action psychothérapique résidera plus dans la polyvalence des actions au niveau individuel et donc, il faut insister sur la nécessité d'une articulation du Médecin avec les milieux sociaux et familiaux. C'est donc plus dans les possibilités multi-factorielles que dans l'accomplissement d'une technique spécifique que réside la prise en charge psychothérapique.

La psychothérapie individuelle classique faite d'entretiens répétés avec le patient serait une indication limitée à certains cas individuels; elle a pour but de faire comprendre

au traumatisé tous les facteurs qui sont à l'origine de ses difficultés présentes et delui montrer ses possibilités de réadaptation sociale.

Le traumatisé doit, dans la mesure où la clinique le permet, redevenir un être social normalement inséré dans la Société.

Nous avons vu, dans nos observations,qu'un nombre important de cas réalisait une "aliénation" transitoire ou définitive de l'individu puisque Messieurs T... et M... étaient hospitalisés pour une durée particulièrement longue et que Monsieur T... n'avait plus d'intégration socio-professionnelle à la suite du traumatisme. C'est dire que le traumatisme peut remettre en cause l'homme dans son intégrité et poser, en termes nouveaux, les problèmes psychologiques.

Vu, le Président de Thèse :

Pr. J. CAMBIER

Vu, le Doyen de la Faculté:

Pr. J. BAUMANN

Vu et permis d'imprimer

Le Recteur de l'Académie de PARIS

Mr. MALLET

BIBLIOGRAPHIE

ANGELERGUES-AUDISIO - "Troubles mentaux symptomatiques d'affections cérébrales, troubles mentaux secondaires aux traumatismes crâniens".

(Encyclopédie Médico-Chirurgicale - Psychiatrie I0-I964 - 37520 A I0 - p. I à I6)

AUDISIO - "Généralités - Bases neuro-anatomiques de la Psychiatrie."

(Encyclopédie Médico-Chirurgicale - Psychiatrie I0-I964 - 37033 A I0 - p. I à I0)

BENON R.- "Traité clinique et médico-légal des troubles psychiques et névrosiques post-traumatiques".

(G. Steinhel Edit. Paris - I9I3 - 455 pages)

BONHOUR(Ville-d'Avray)"Problèmes posés au médecin et au psychiatre par certains traumatisés anciens".

(Revue de Médecine Psycho-somatique, I0 nº2 - II3/I37 Juin I968 - réception Décembre)

BRUN R.- "Les névroses après traumatismes crâniens".

(Schweiz - Arch. Neurol. Psych. I938. - 4I. 269/358)

BYCHOWSKI G.- "Le Moi du traumatisé cérébral".

(Psycho-analyt. Octobre I949 - 36 - 333/343)

CASTETS B.- "Traumatismes bénins du crâne et syndrome subjectif".

(Presse Médicale - Octobre I959 - 67 nº 48 - I780 - I78I)

COSTEDOAT - "Névroses post traumatiques".

(Annales Médico Légales I935 - I5 - 495/535)

COURJON J. ET COLTE - "L'Epilepsie post traumatique Précoce".

(Journées Médic. Lyon I959 - 40 - 293/297)

.../

COURJON J. GERIN P. et LANG M.- "Les problèmes posés par certains aspects de l'E.E.G. au cours des séquelles des traumatismes crâniens fermés".

(J. Médic. Lyon I96I - 42 - I34I/I345)

CROCHELET Y.- "Considérations sur l'apport de l'examen médico-psychologique dans l'expertise du syndrome post commotionnel subjectif des traumatisés crâniens".

(Act. psych. Belg. 70 - 2 - 280 - 318 Mars I970)

DONDEY M. - LE BEAU J. et FELD M.-

"Encyclopédie Médico-Chirurgicale Neurologie".

(I7585 E 20)

DONDEY M. - LE BEAU J. - FELD M.-

"L'Electroencéphalogramme dans les traumatismes crânio-cérébraux". Encyclopédie Médico-Chirurgicale Neurologie".

(7 - I957 - I7.585 E I0 pages I à 6
7 - I957 - I7.585 E 20 pages I à 8)

EVRARD E.- "Les Névroses traumatiques".

(Congrès des Aliénistes et neurologistes de langue française -52ème session I954 33/86)

EY H.- "Etudes psychiatriques II Aspects séméiologiques".

(Desclée de Brouwer Edit. Paris I950 - 547 pages)

EY H. - BERNARD P. - C.BRISSET -"Troubles mentaux des traumatismes crâniens".

(Edit. Masson Paris - chap.IX - 743/758)

FONTAN M.- "Séquelles centrales des traumatismes crâniens fermés".
"VII - Les troubles psychotiques et névrotiques".

(Revue oto-neuro-ophtalmo I958 - 30 - nº 2 - 65)

GUTTMANNE - "Les récents progrès de la psychiatrie - Les aspects psychiatriques des blessures de la tête".

(J. Ment. Sc. Janvier I944 - 90 - 328/350)

.../

HECAEN H. - AJURIAGUERRA J.(de)-

"Les névroses traumatiques (problèmes théoriques)".

(Congrès des Aliénistes et Neurologistes de langue française - 52ème session - I954 - 3 - 3I)

HECAEN H. - AJURIAGUERRA J.(de) - ANGELERGUES R.-

"Troubles mentaux dus aux traumatismes crâniens".

(Encyclopédie médico-chirurgicale Psychiatrie I955)

HILLBOM E.- "La schizophrénie, une des psychoses consécutives aux blessures du cerveau".

(Acta psych. Neurol. I95I - suppl. 60 - 36/47)

KANTMAN G. R.- "Névrose traumatique, névrose de compensation ou pathose d'attitude".

(Arch. Neurol. Psy. Mai I95I - 65 nº 5 593/603)

KOZOL H. L.- "Personnalité pré-traumatique et séquelles psychiatriques des blessures de la tête".

"I - les catégories de personnalité pré-traumatique en corrélation avec la réaction psychiatrique générale des blessures de la tête dans l'analyse de 200 cas".

(Arch. Neurol. Psy. Juin I945 - 53 - 358/364)

MASQUIN P.- "Les syndromes confusionnels dans les grands traumatismes crâniens".

(Le François Edit. Paris I93I - 208 pages)

MOREAU M.- "La question des névroses traumatiques et des névroses de guerre dans son état actuel".

(J. Belge Neurol. Psy. I94I - 4I - 97/I24 et I942 - 42 -233/248)

OSSON D.- "A propos des facteurs psycho-sociaux dans le syndrome post-commotionnel des traumatisés crâniens".

(Evolution Psychiatrique I963 nº 2 - 255/282)

.../

PHILLIPS G.- "Epilepsie traumatique après blessures fermées du crâne".

(J. Neurol. Neurosurg Psychiat. I954 I7 - bº I - I0)

PUECH B.- BRUN M. LAIRY-BOUNES J.C. - MORICE et PERRIN J.-

"Traumatismes cranio-cérébraux".

(A. Legrand - Paris Edit. I950)

RAVINA A.- "Les séquelles mentales des traumatismes crâniens".

(Presse Médicale I/4 Oct. I94I - nº 85-86 - I065/I068)

REYA- "L'examen psychologique dans les cas d'encéphalopathie traumatique (les problèmes)".

(aech. psy. Décembre I94I - 28 - 286/340)

RIESE W.- "Le problème de la causalité dans la bévrose traumatique".

(Schweiz Arch. Neurol. Psych. I938 - 4I - 4I0/422)

RUESCH J.- "Personnalité pré et post-traumatique dans les blessures de la tête".

(Ass. Res. Nerv. Ment. Dis. Proc. I945 - 24 - 507/544)

RUSSELL W.R. - "L'invalidité causée par les blessures du cerveau - revue de II66 cas".

(J. Neurol. Neurosurg. Psy. Février I95I - U4 - 35/39)

RUSSELL W.R. et NATHAN P.W. - "Amnésie traumatique".

(Brain - Décembre 46 - 69 - 280/300)

RUSSELL W.R. et WHITTY CWM. - "Etude de l'épilepsie traumatique Part.I - Les facteurs influençant la fréquence de l'épilepsie après blessures du cerveau".

(J. Neurol. Neurosurg. Psy. Mai I952 - I5 - bº 2 - 93/98)

SCHMITE P. et SIGWALD J.- "Les problèmes neurologiques et psychiatriques immédiats et tardifs des traumatismes crâniens".

(rapport au 43ème Congrès des médecins aliénistes et neurologistes de langue française - Montpellier I939 - Masson Edit. Paris - 52 pages)

.../

SCHILDER P.- "Névroses consécutives aux blessures de la tête et du cerveau".
In "Injuries of skull, brain and spinal cord" p par Brocks Williams et Wolkins.

(Edit. Baltimore - I943 - 263/269)

SUTTER J. M. et A. L.-"La catatonie post-traumatique".

(Revue Neurol. I959 - IOI - bº 4 524/535)

SYMONDS C.- "Commotion et contusion du cerveau et leurs séquelles". In "Injuries of skull, brain and spinal cord" par Brocks, Williams et Wilkins Edit.

(Baltimore I943 - 65 - I03)

TRELLES J. O. et DAVILA M.-

"Traumatismes cranio-encéphalliques".

(Revue Neuropsy. I94I - 4 - I - I05)

WATSON C. W.- "L'apparition d'épilepsie après traumatisme cranio-cérébral".

(Ass. Res. Nerv. Ment. Dis. Proc. I947 - 26 - 5I6/528)

WERTHEIMER P. et TOURAINE S. (Mme) -

"Les résultats éloignés des traumatismes crâniens de la pratique civile". (documents statistiques)

(Presse Médicale Ier Mars I947 - nº I3 - I4I/I42)

WORTIS S.D. - HERMAN M. et LONDON J.-

"Les troubles mentaux chez les malades atteints d'hématome sous-dural".

(Ass. Res. Publ. Nerv. Ment. Décembre I945 - 24 - 274/282)

ZANGWILL O.L. - "Les aspects psychologiques de la réhabilitation des blessés cérébraux".

(Britain J. Psy. I947 - 37 - nº 2 60/69)